



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Priscila Feleol Vasconcelos

**A CAPOEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DE
ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN**

**BELÉM – PA
2019**

PRISCILA FELEOL VASCONCELOS

**A CAPOEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO
ALUNO COM SÍNDROME DE DOWN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Educação Física, da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para a obtenção de grau de Licenciatura em Educação Física, sob orientação da professora Doutora Roseane do Socorro da Silva Matos Fernandes.

**BELÉM – PA
2019**

PRISCILA FELEOL VASCONCELOS

**A CAPOEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO
ALUNO COM SÍNDROME DE DOWN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Educação Física, da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para a obtenção de grau de Licenciatura em Educação Física, sob orientação da professora Doutora Roseane do Socorro da Silva Matos Fernandes.

Data da Defesa: 08/01/2019.

Banca Examinadora:

Professora Dr. Roseane do Socorro da Silva Matos Fernandes

Orientadora
Universidade Federal do Pará

Professor Dr. Welington da Costa Pinheiro

Examinador
Universidade Federal do Pará

Professor Dr.

Examinador
Universidade Federal do Pará

Dedico o presente trabalho à minha maravilhosa mãe e filha e ao meu marido que são os motivos de nunca ter desistido e que fizeram de tudo para que esse sonho se tornasse realidade.

Priscila Feleol

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois Ele me deu forças para superar todos os obstáculos desta jornada acadêmica e sem ele não chegaria a lugar algum.

À minha mãe Madalena Feleol que sempre esteve ao meu lado e nunca desistiu de me ver formada.

Aos meus irmãos Patricia Feleol e Patrick Feleol pelo apoio e palavras de conforto.

Meu profundo respeito e gratidão aos professores que fizeram parte da minha formação acadêmica e por terem mostrado as realidades da vida de um professor de Educação Física e me incentivarem a lutar por condições melhores da classe trabalhadora. À Rosí pelos “puxões” de orelha e sempre se mostrou disposta a ajudar em todos os assuntos que tive dificuldade.

Agradeço, imensamente ao meu companheiro, amigo e meu amor Ricardo Façanha, por nunca desistir de mim e sempre estar ao meu lado nos momentos difíceis de nossas vidas. Obrigado por me aturar quando estava estressada/cansada e sempre me dizia algo para me animar. Obrigado por ser esse marido e pai exemplar e que sonha os meus sonhos comigo.

Ao meu “pinguinho de gente”, Eva Manuella, que sempre achava de acordar às 1h30 para ajudar a “mamãe aqui” a fazer este trabalho.

À minha querida orientadora, Roseane Fernandes, pela gentileza, disponibilidade, envolvimento com este trabalho e compreensão. Serei eternamente grata.

Não poderia deixar de agradecer, aos amigos que fiz durante o Curso, Ricardo Miranda, Reginaldo Guedes, Tomaz Lima, Lucas Alves, Raryany Matar, Danielle Leite, Brenda Costa, Carla Monteiro, Silas Nunes, Junissor Ribeiro e Fernando Cesar (*in memoriam*), no qual compartilhamos conhecimento, alegrias, frustrações, tristezas e fizeram eu ser essa pessoa que sou hoje.

E, obrigada(o) à todos(as) os familiares e amigos(as) que me ajudaram, direta ou indiretamente, a tornar esse sonho real.

RESUMO

A CAPOEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO ALUNO COM SÍNDROME DE DOWN

Este estudo tem por objetivo analisar as potencialidades da capoeira no desenvolvimento do aluno com Síndrome de Down. Caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, realizando-se uma análise de algumas literaturas acerca do tema. A sustentação teórica ocorreu por meio da literatura científica que versa sobre Síndrome de Down, capoeira e benefícios da prática da capoeira. Através das análises das literaturas, foi possível constatar que a prática da capoeira influencia em vários aspectos, desde o desenvolvimento motor até o convívio social desses indivíduos, confirmando que esse público pode ser alvo de intervenções pedagógicas dos professores de Educação Física. Porém, é importante ressaltar a carência de pesquisa realizadas sobre a temática, principalmente, sobre a metodologia aplicada ao alunos com Síndrome de Down.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down. Capoeira. Educação Física.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. A SÍNDROME DE DOWN.....	10
2.1 História da Síndrome de Down.....	10
2.2 A pessoa com Síndrome de Down.....	13
3. A CAPOEIRA E O DESENVOLVIMENTO DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN.....	22
3.1 A história, evolução e fundamentos da capoeira.....	22
3.2 O potencial da capoeira no desenvolvimento de alunos com Síndrome de Down.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de mais de oito anos na prática da capoeira, sempre percebi sua importância em vários aspectos: no lazer, esportivo, no recreativo, no desenvolvimento da cultura corporal e entre outros elementos pertinentes para o desenvolvimento da criança. Além disso, trabalhada corretamente, pode proporcionar a sociabilização, a afetividade, o conhecimento musical, a agilidade, a flexibilidade, o conhecimento histórico e cultural de um povo e, principalmente, conhecer suas grandes marcas de lutas para conquistar a liberdade.

Mesmo depois de alguns anos treinando a capoeira, percebi que pouco se tinha avançado no sentido do conhecimento teórico em relação à sua prática, já que muitos mestres “ensinam seus alunos como foram ensinados”. Sempre notei a necessidade do conhecimento sobre as metodologias de ensino na capoeira. Afinal, cada pessoa possui um ‘estilo’ para a demonstração dos golpes e movimentos, feito de maneira natural e automática.

Por isso, dentro da prática da capoeira costumamos dizer que é ‘um jogo de perguntas e respostas’, no qual um não sabe o que outro vai “perguntar” e não tem como pensar em uma “resposta”, por quem responde é o corpo, sem ter a necessidade de realizar nenhum cálculo matemático, simplesmente só as memórias corporais que o dominam.

O que me motivou na escolha deste tema para estudo foi a convivência com dois irmãos que possuem deficiência cognitiva e motora, que começaram a treinar capoeira na mesma época que eu e, com o passar dos anos, questioneei alguns treinos direcionados a eles – não os desafiavam a evoluir nas sequências dos golpes. Percebia, muitas vezes, que o mestre até queria ajudá-los, porém não possuía o conhecimento necessário e restringia-os a avançar.

Após minha entrada no curso de Educação Física, na Universidade Federal do Pará, pude compreender que mesmo com os avanços na área da capoeira, poucos são os estudos na região Norte e, em se tratando de sua prática com pessoas com deficiência, muito menos ainda.

Consideramos que a prática da Capoeira pode favorecer no desenvolvimento de pessoas com a Síndrome de Down, objeto deste estudo. A

escolha se deve pelo fato que, de todas as síndromes genéticas, a Síndrome de Down é a com maior incidência no mundo e a capoeira vem como um instrumento para ajudar nessa autonomia através das movimentações, do jogo em roda, da musicalização e instrumentalização e do convívio em grupo.

A capoeira é uma arte, uma luta com origens ainda não precisas e se difunde no Brasil há bastante tempo. Segundo autores a capoeira já é praticada nos cinco continentes, tornando-se uma prática mundial (VASSALO, 2003).

Dentre os espaços públicos e particulares utilizados para as práticas corporais, um grupo específico tem chamado atenção, em especial, as crianças com Síndrome de Down (SD), conforme as literaturas existentes apresenta uma boa relação com a modalidade esportiva.

Definimos como:

Objetivo Geral

- Analisar as potencialidades da capoeira no desenvolvimento de alunos com Síndrome de Down.

Objetivos Específicos

- Descrever a história da Síndrome de Down.
- Descrever a história da capoeira.
- Descrever os principais golpes
- Identificar os benefícios da prática da capoeira em alunos com SD

O referido será uma análise de algumas literaturas sobre as temáticas desse estudo, com base qualitativa.

Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. [...] o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.32).

Esta pesquisa foi realizado por meio de consulta em base de dados se caracterizando como uma revisão bibliográfica. As fontes de coletas basearam-se em livros, artigos, teses, sites e etc.

A estrutura do trabalho está dividida em quatro sessões: introdução, a Síndrome de Down, a capoeira e o desenvolvimento de alunos com Síndrome de Down e considerações finais.

A SÍNDROME DE DOWN

2.1 Histórico da Síndrome de Down

Não se sabe ao certo onde surgiu o primeiro caso de Síndrome de Down (SD), porém há registros na história que a retrataram em épocas distintas. A palavra 'síndrome' vem do grego *syndrome*, que é um conjunto de características que prejudicam o desenvolvimento do indivíduo (BATISTA et al, 1987).

Déa; Duarte (2009, p.25) em sua obra descrevem que “Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas provocados pelo mesmo organismo e dependentes de causas diversas que podem levar a uma doença ou perturbação”. E o termo 'Down' é o sobrenome do médico que relatou pela primeira vez, clinicamente, a síndrome, cujo o nome era John Langdon Down.

O primeiro registro visual/gráfico é feito através da retratação do pintor Andrea Mantegna (1431-1506). Em quase todas as suas obras, as crianças possuem características similares a da SD – pescoço curto, nariz achatado, língua protusa, separação entre o 1º e 2º dedos dos pés e hipotonia muscular. Logo depois, temos algumas retratações das características da síndrome através do pintor Jacobs Jordaens (1539-1678) (DESSEN; SILVA, 2002).

Figura 1: Pintura “Virgem e Criança” de Andrea Mantegna, 1460.



Disponível em: www.movimentodown.org.br

Em um dicionário médico, Esquirol em 1839, faz uma citação à Síndrome. A primeira datação de um trabalho científico só vai ocorrer em 1844, no livro de Chambers, no qual se refere à doença como um 'idiota do tipo mongolóide'. Alguns anos após entre 1846 e 1866, Edouar Seguin classificou a Síndrome como cretinismo furforaceo. O cretinismo é uma deficiência mental causada pelo hipotireoidismo congênito durante o desenvolvimento dos recém-nascidos (DESSEN; SILVA, 2002).

A primeira manifestação clínica da SD vai ocorrer com o trabalho do médico pediatra inglês, John Langdon Down, que trabalhou na ala para deficientes intelectuais e com isso classificou os indivíduos através de suas características visuais/faciais e diz que no mundo existe uma raça superior e outra raça inferior e as pessoas com Deficiência Mental eram parte integrante dessa raça inferior.

A tuberculose chegou a ser considerada como um fator etiológico, pois estava presente nos pais das crianças nascidas com SD. Após o trabalho de John Longdon Down, muitos estudiosos contribuíram para entender esta Síndrome, um deles foi o Ireland (1877), que fez a diferenciação entre Idiotia Mongolóide e Idiotia Cretinoide.

Técnicas utilizando hormônios da tireoide foram aplicadas para tratar crianças com a Síndrome e isso foi possível através das pesquisas de Wilmarth (1890) e Telford Smith (1896). Somente em 1932, o oftalmologista Waardenburg, relata que a SD poderia ser uma aberração genética e dois anos depois em 1934, Adrian Bleyer presumiu ser uma trissomia. Daí, demora-se mais de duas décadas, para a ciência comprovar que se trata de uma alteração cromossômica.

Em 1959, o francês Jorome Lejeune identificou as diferenças nos cromossomos de pessoas com SD em relação aos outros indivíduos e foi esse cientista quem atribuiu o termo Síndrome de Down, em homenagem a John Langdon Down. Esse cientista comprovou que a SD se tratava de uma cromossomopatia (anomalia no cromossomo), uma alteração genética que resultava em uma trissomia no cromossomo 21.

Até então, o termo SD não era utilizado, mas retardado, idiota mongolóide, criança mal-acabada, mongolóide, entre outros. Essas nomeações eram

pejorativas e, em 1965, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo correto para essa alteração – Síndrome de Down.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a SD está presente na Classificação Internacional de Doenças – CID, por fazer parte do quadro de más formações, deformidades e anomalias cromossômicas, e a mesma recebe o código Q-90. Dentro do Q-90 estão em um subgrupo (Q-90.0: SD, trissomia do 21, por não disjunção meiótica; Q-90.1: SD, trissomia do 21, mosaicismo por não disjunção mitótica; Q90.2: SD, trissomia do 21, translocação; Q-90.9: SD, não específica), ou seja, a CID aponta e classifica a patologia dessas anomalias. Porém, para se ter uma classificação mais completa, se faz necessário o uso da CIF (Código Internacional de Funcionalidade), pois ela descreve o estado de saúde e os relacionados à ela. Além de utilizar critérios avaliativos, que verificam o grau de funcionalidade e incapacidade do indivíduo para certas atividades, podendo disponibilizar concepções terapêuticas e acompanhamento para o indivíduo com SD.

O Dia Internacional da SD é comemorado em 21/03, pois representa os três cromossomos (trissomia) e 21 é o cromossomo que foi afetado. Essa data foi escolhida pela *Down Syndrome Internacional*, através do geneticista Stylianos E. Antonarakis e em 2012 entrou para o calendário da ONU, sendo comemorada em 193 países pertencentes à Organização das Nações Unidas. Esse dia é de extrema importância, pois tem a intenção de levar informações corretas sobre a SD, diminuir o preconceito e lutar por direitos de igualdades.

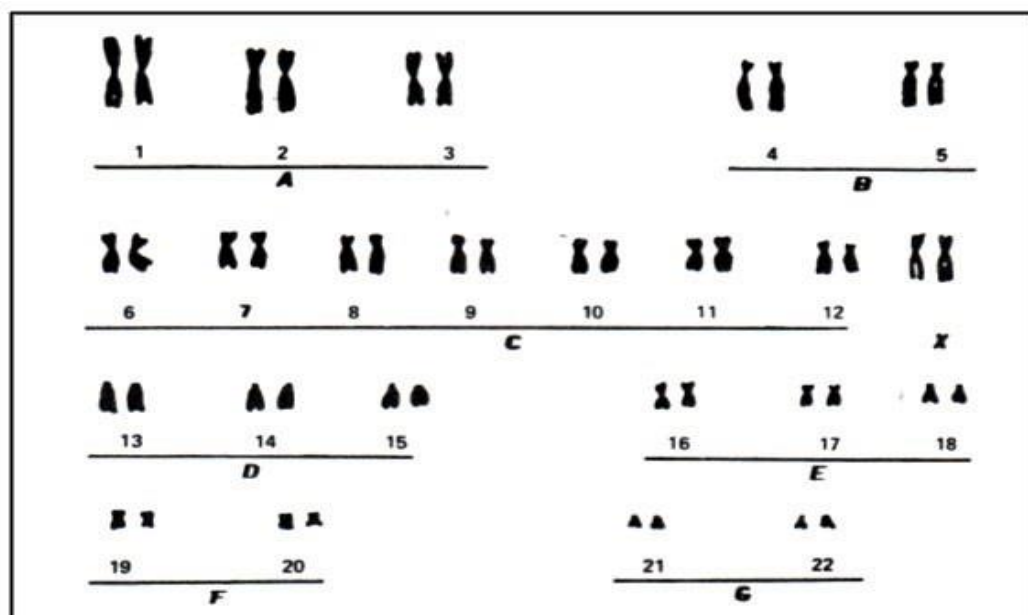
Porém, mesmo depois de quase sessenta anos dessa orientação internacional, ainda alguns termos pejorativos são utilizados e o mais frequente – mongolóide (DESSEN; SILVA, 2002). O preconceito contra as pessoas com deficiência foi construído historicamente. Sasaki (2002), em uma das suas obras afirma que através da linguagem pode-se transmitir a discriminação ou o respeito com as pessoas com deficiência.

Nossa sociedade ainda carrega marcas dessa cultura, seja por gestos, denominações, convenções instituídas por uma sociedade com o medo do diferente tanto que são denominados ‘estranhos’, ‘especiais’ e etc.

2.2 A Pessoa com Síndrome de Down

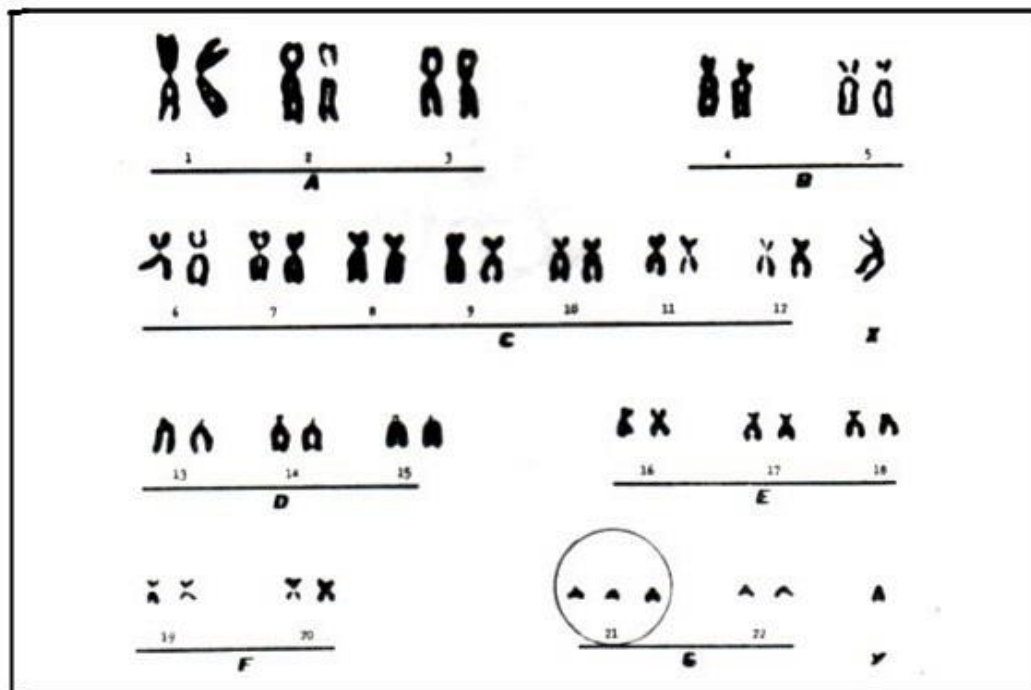
As células do nosso corpo são compostas por 23 pares de cromossomos que são formados pelos genes e esses possuem informações sobre o desenvolvimento e as características físicas de cada pessoa. Os cromossomos são divididos em autossomos (do 1º ao 22º par e são os mesmos em meninos e meninas) e sexuais (23º para, nos quais diferenciam-se entre XX para mulheres e XY homens) e alteração genética como a SD, ocorre no cromossomo autossomo de número 21, no qual somente esse é duplicado e essa duplicação causa um desequilíbrio genético afetando o desenvolvimento e crescimento do indivíduo. Esse cromossomo extra no par 21 é quem causa a Síndrome de Down, e por se tratar de três cromossomos, foi dado o nome de 'trissomia 21' por ocorrer no par 21 (DÉA; DUARTE, 2009).

Figura 2: esquema do cariótipo de um indivíduo normal



Fonte: Batista (1987).

Figura 3: esquema do cariótipo de um indivíduo com trissomia do 21



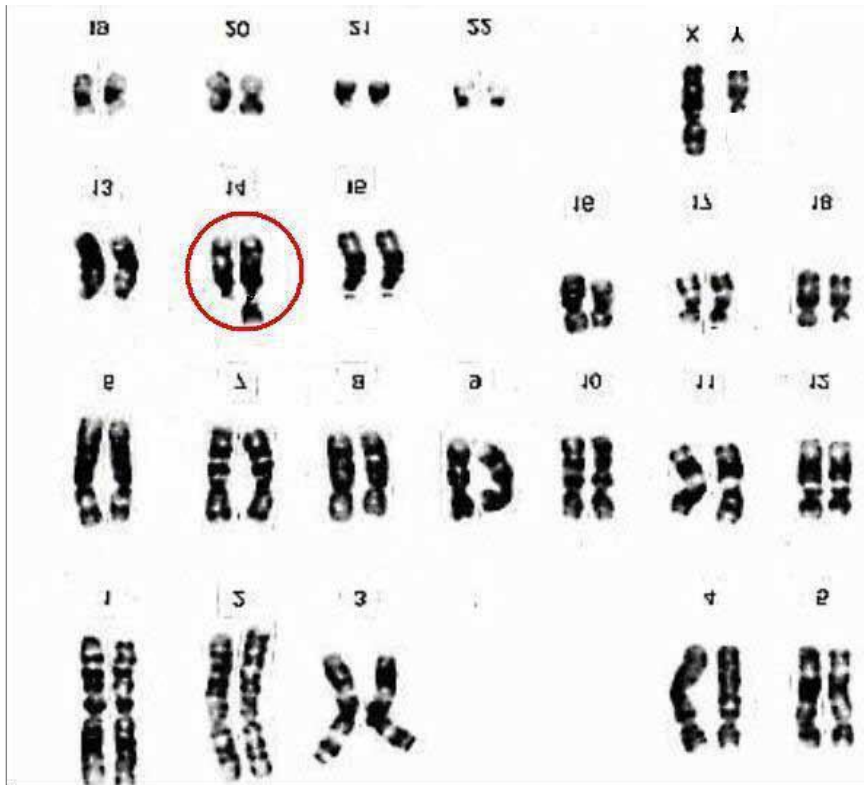
Fonte: Batista (1987).

Descreveremos a seguir as principais características citadas por Campos (2005); Déa e Duarte (2009) e Coelho (2016) que relatam os diferentes tipos de SD: trissomia do 21, translocação e mosaïcismo.

A trissomia do 21, trissomia por não-disjunção ou trissomia livre, como também é conhecida, é a mais frequente entre os indivíduos com SD, chegando a 95% dos casos. A trissomia é um acidente genético, no qual todas as células do corpo do indivíduo com SD terão 47 cromossomos, pois ocorreu a duplicação no par 21 como mostra a figura 3.

A translocação é também uma trissomia, porém o cromossomo causador da SD está ligado no cromossomo 14 ou em outro 21. Esse tipo de trissomia possui uma representatividade pequena, estando presente em 3% dos indivíduos com SD e podendo ocorrer de forma eventual ou herdada por um dos genitores.

Figura 4: Cariótipo de um indivíduo com trissomia por translocação.

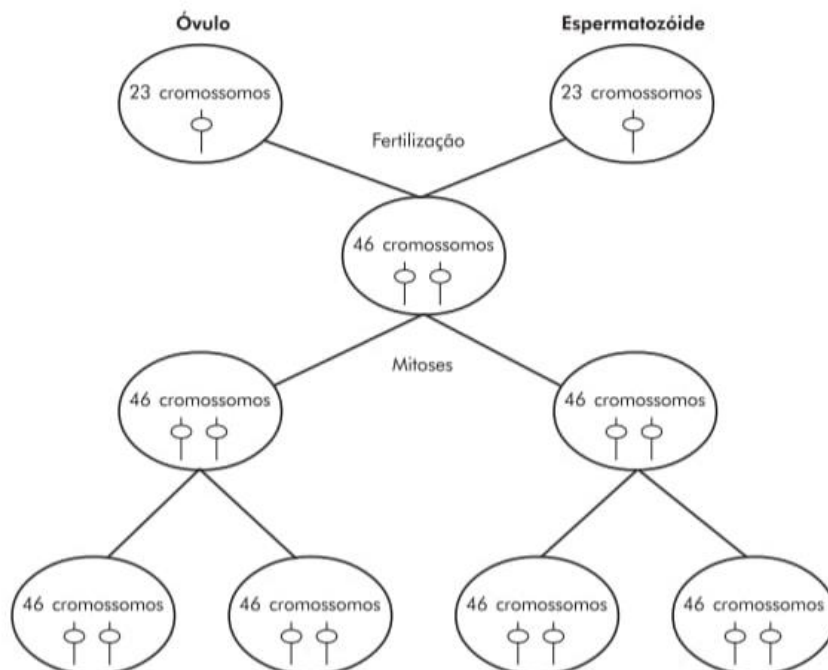


Fonte: Ministério da Saúde (2012).

Uma criança que nasce com SD por translocação, é importante que se faça exame do cariótipo nos pais, pois muitas vezes genitores que não possuem SD, podem ter 46 cromossomos. Entretanto um dos cromossomos está ligado a outro e em seu cariótipo aparece somente 45, porém como não houve alteração no material genético chama-se de 'translocação equilibrada' e isso pode ser um dos fatores para a reincidência de filhos com SD.

O Mosaicismo é a causa menos comum de SD, acontece após a fertilização, a alteração começa nas primeiras divisões celulares, no qual se forma o feto. Por um erro na fase da mitose, uma célula de 46 cromossomos produz uma de 45 e outra de 47 cromossomos; a célula de 45 morre e a célula de 47 produz outras células de 47 cromossomos. Por isso, que pessoas com mosaicismo apresentam quadros diferentes em si.

Figura 5: Cariótipo de um indivíduo com Mosaicismo



Fonte: Kozma (2007, p.25).

Além da anomalia cromossômica que a pessoa com SD possui, outras modificações fenotípicas são características: nariz achatado, língua grande e sulcada, baixa estatura, cabelo liso e, em alguns casos, podendo ter alopecia parcial ou até mesmo total. Dessen; Silva (2002, p.13) descrevem essas características:

[...] Braquicefalia, descrita por um diâmetro fronto-occipital muito pequeno, fissuras palpebrais com inclinação superior, pregas epicânticas, base nasal achatada e hipoplasia da região mediana da face. Além dessas características da face, observa-se, também, que o pescoço é curto, podendo estar presente apenas uma prega palmar; a pina é pequena e displásica; a língua é protusa e hipotônica; há linodactilia do 5^o dedo das mãos e uma distância aumentada entre o 1^o e o 2^o dedos dos pés. Em geral, as crianças com SD apresentam hipotonia muscular e são muito sonolentas [...].

Figura 6: prega palmar

Fonte: Batista (1987).

Coelho (2016) vem reforçar essas características descritas e afirma que em nível físico pessoas com SD podem apresentar as principais características típicas que são: baixa estatura, o rosto caracterizado por olhos pequenos e oblíquos, com epicanto, o nariz achatado e pequeno, a boca com o palato alto, hipotonia muscular, prega palmar. Além de apresentar após o nascimento dificuldade de sucção e deglutição.

Ainda, segundo Coelho (2016), a idade mental de um indivíduo com SD evolui de forma diferente da idade cronológica, se desenvolve mais lentamente. Por isso, pode apresentar sérias dificuldades relacionadas ao comportamento.

As pessoas com SD são diferentes entre si como qualquer outro indivíduo que não possuem SD. As crianças herdaram características de suas famílias e ao mesmo tempo podem ter características da Síndrome, isso dependerá de muitos fatores, pois existem crianças que apresentam poucas características e outras apresentam bastantes. Existem diferentes tipos de fenótipo de crianças com SD: loiras, negras, índias, com olhos claros e escuros, com cabelos crespos, lisos e enrolados, ricas ou pobres, brasileiras ou estrangeiras. Não existe nenhuma relação, que de fato, comprove a ligação entre o intelecto e a quantidade de características da SD (DÉA; DUARTE, 2009).

Granzotti et al (1995) afirmam que pessoas com SD possuem grandes atrasos no seu desenvolvimento motor, dificuldades na fala e no equilíbrio,

deficiência mental, devido ao seu atraso global, no qual seu Q.I é inferior a 55, no qual abaixo de 60 é considerado com debilidade, retardo ou deficiência mental de leve para moderada.

Porém, isso muda com o passar dos anos, pois segundo Déa; Duarte (2009) até hoje não foi definido com exatidão o nível de limitação no desenvolvimento intelectual em indivíduos com SD, tanto que nos dias atuais convivemos com indivíduos com SD que sabem ler e escrever, que trabalham e fazem universidade.

O Mistério da Saúde (2012) relata que, apesar da SD ser a principal causa de deficiência intelectual na população, com as orientações e os estímulos corretos, os indivíduos têm grandes possibilidades de possuir uma vida plenamente saudável e participar do convívio social.

Campos (2005) diz que pessoas com SD são consideradas mais frágeis na saúde física, principalmente àquelas que possuem doenças congênitas. Os problemas mais frequentes são: cardiopatias, pulmonares, instabilidade atlanto-axial (está presente em 20% dos casos), endócrinos, visuais, ortodontia, auditivos, doença de Alzheimer, que corresponde a 30% dos casos em pessoas com 20 a 39 anos, podendo ocorrer o aparecimento de outras doenças (estresse, depressão, leucemia, obesidade, epilepsia, entre outros), sendo estes em índices mais baixos.

Segundo Déa; Duarte (2009), nem todas as anomalias são possíveis detectar na hora do nascimento, algumas só aparecerão no decorrer da vida do indivíduo. Por isso, é importante a realização minuciosa de exames por imagem ou laboratoriais, pelo fato da SD apresentar possíveis problemas cardíacos; os indivíduos são bem mais aptos a adquirir infecções, seu sistema imunológico é bastante restrito.

As pessoas com SD podem apresentar problemas cardíacos, porém muitos deles podem ser solucionados por meio cirúrgico e outros somente precisam de acompanhamento e exames frequentes. Gastrointestinais (chegando a 12% dos casos) que podem ser a atresia de duodeno (a mais frequente), atresia anular, fístula traquenoesofágica (quando identificada essa alteração é necessário fazer a cirurgia imediatamente), recém-nascido com SD que apresentam vômito, enrijecimento abdominal e ausência de evacuação

podem ser alguns sintomas. Problemas respiratórios são ocasionados por diversos motivos, entres as dificuldades de expelir secreções nasais, engolir, tossir.

Os problemas visuais atingem a maioria dos casos, pois 70% das pessoas com SD tem miopia (dificuldade de identificar objetos distantes), a catarata também está presente, mas pode ser tratada por meio de cirurgia e as outras alterações visuais podem ser facilmente corrigidas com o auxílio de óculos.

A audição é muito importante, pois o indivíduo que não for tratado pode ter comprometimento e atraso na fala e a incidência de problemas auditivos chegam a 80% dos casos, indicando um rebaixamento uni ou bilateral. O hipotireoidismo é o mais comum, tem um índice de 10% em crianças e 13% a 50% em adultos e pode ser relacionado com a causa de obesidade (DÉA; DUARTE, 2009).

O Ministério da Saúde (2012) afirma que ocorreu um aumento considerável na expectativa de vida de pessoas com SD. Isso é explicado, por ocorrer vários avanços tecnológicos na área da saúde ligados às cirurgias cardíacas. As chances de uma mesma criança apresentar todas as características possíveis e todos os problemas de saúde é quase improvável.

O médico ao notar certas diferenças físicas, em certas partes do corpo (pescoço, mãos, pés e tônus muscular) logo após o nascimento, deve solicitar exames mais detalhados para a comprovação do diagnóstico, como o exame do cariótipo. Porém nem todos os bebês que nascem com SD possuem as mesmas características, assim como o nível cognitivo pode variar (KOZMA, 2007; TRENTIN; SANTOS, 2017).

Figura 5: características fenotípicas nos olhos, língua, nariz e pescoço de um bebê com Síndrome de Down



Fonte: Portal sem barreiras.

Crianças com SD, logo após o seu nascimento, passam por vários exames cardiológicos minuciosos para saber o real estado clínico. As cardiopatias mais encontradas são: defeito do canal atrioventricular, comunicação interventricular, comunicação inter-atrial, tetralogia de Fallot. Além de possuir várias cardiopatias, em especial, as congênitas que estão presentes em mais de 50% dos casos de pessoas com esta Síndrome (CAMPOS, 2005).

Segundo Dessen; Silva (2002), até os dias de hoje, as causas que acometem o erro que provoca a SD ainda não foram identificadas. Várias são as hipóteses para explicar o porquê ocorre: mulheres com idade avançada, exposição à radiação e ao uso prolongado de anticoncepcional, são alguns desses exemplos.

A ultrassonografia é o exame mais realizado no mundo, não invasivo e consegue identificar anomalias cromossômicas fetais. Por isso, é o exame pré-natal mais utilizado, embora existam outros que auxiliam na detecção da SD como: amniocentese, na qual é realizado por volta da 16^o semana de gestação, que baseia-se na retirada do líquido amniótico do feto, através de uma agulha muito fina que é inserida no abdômen chegando até o útero; feita a análise e contagem do cromossomo para a verificar se tem a alteração genética. O

segundo exame é o cordocentese, parecido com a amniocentese, pois é realizada uma punção do cordão umbilical para a retirada de uma amostra do sague do feto (TRENTIN; SANTOS, 2017).

Segundo Kozma (2007); Trentin; Santos (2017), existe teste para a identificação da SD através de dosagem bioquímicas, que são realizados através de exames sanguíneos durante a gestação, que dependendo do tipo de malformação fetal os hormônios podem aumentar ou diminuir; são eles: o Alfa-fetoproteína (AFP), Beta-gonadotrofina coriônica humana, estírol e proteína plasmática. Considerado como um marcador para a dectação da SD se o estírol, a AFP e a proteína plasmática estiverem abaixo do nível normal pode ser que o feto possua SD. Esse exame é realizado até a 20^o semana de gestação, essa proteína está presente em todos os fetos durante a gestação.

Com o auxílio da CIF, vários programas voltados às pessoas com SD foram implantados, orientando com planos terapêuticos e exercícios físicos para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Segundo Déa; Duarte (2009), muitos problemas de saúde são amenizados ou até mesmo ser resolvidos com a intervenção terapêutica e atividades orientadas por um professor de Educação Física. Para pessoas com SD que não possuem nenhuma restrição (mobilidade atlantoaxial) é importante ter uma alimentação saudável e realizar práticas de exercícios físicos regularmente.

Ainda, segundo os autores, as estimulações devem ser iniciadas desde bebê através de cantos, brincadeiras, massagem, esportes, entre outros. Pois, quanto mais variedades de estímulos a criança com SD tiver oportunidade de experimentar, mais são as chances de desenvolvimento intelectual, corporal e autonomia no convívio social ela terá.

3 A CAPOEIRA E O DESENVOLVIMENTO DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN

3.1 A história, evolução e os fundamentos da Capoeira

A capoeira é um diálogo corporal, no qual se incorporam aos movimentos braços, pernas, cabeça e, principalmente, a sua essência através do corpo. É uma manifestação cultural e surgiu no Brasil a partir da miscigenação dos povos aqui existentes a partir do período colonial (VIEIRA, 2004).

De acordo com Vieira (2004, p.1), a capoeira é:

Uma das manifestações culturais mais importantes do Brasil. Surgida do encontro, em terras brasileiras, principalmente das culturas do índio, do negro e do português, tornou-se um dos mais importantes símbolos do Brasil [...].

Existem, pelo menos, três versões sobre o significado da origem do nome. A primeira definição para a palavra capoeira, segundo Moura (2004 apud BRASIL, 2014, p.85), “é uma derivação do vocábulo indígena *caá* (mato, mata, floresta) e *oeira* (que foi), logo (mata que existiu)”.

A segunda definição é escrita de forma diferente, segundo Scaldaferrri (2009 apud BRASIL, 2014, p. 85), “indica o termo *caa-apuam-era*, que significa mato miúdo nascido no lugar onde existiu mata virgem” e na terceira definição, por Mello (2007 apud BRASIL, 2014, P. 85) “o nome teria surgido de *caapo*, buraco de palha ou cesto de palha, com o acréscimo europeu do termo *eiro* (de quem o carrega)”. Todas essas referências reforçam a origem da língua tupi-guanani e que a luta era praticada dentro de matas que serviam de esconderijos.

O Ministério da Educação (2014), reforça as duas hipóteses mais aceitas sobre a origem da capoeira, uma indica que ela foi trazida da África pelos escravos e a outra que foi uma criação brasileira. Da África se assemelha com algumas tradições como a ‘Dança da Zebra’, também conhecida como do ‘N’golo’, festa que celebra a entrada na puberdade, na qual se formava uma roda e dois adolescentes no centro realizavam golpes até um ser derrubado ao solo. Há fatos que relacionam algumas características com uma dança de guerra existente entre um dos povos antigos, na região do Gongo.

Ainda, segundo o Ministério da Educação (2014), os argumentos que enfatizam que a capoeira é uma prática genuinamente brasileira se dá pela mistura africana e indígena, exemplo disso é a origem da palavra.

O que podemos compreender é que a história da capoeira é ainda muito duvidosa e cheia de controvérsias, porém quando admitimos que sua origem é africana, conciliamos que sua história carrega marcas de resistência contra o sistema escravista do Brasil (BRASIL, 2014).

Para que se compreenda esse processo até a sua institucionalização é necessário fazer uma viagem pelo tempo. Os debates a favor e contra são muitos e se iniciam com a criação da 'Luta Regional Baiana' de mestre Bimba.

A institucionalização foi o processo de saída da capoeira ensinada nas ruas para o processo de privatização de bens comuns. Foram criadas condições para a profissionalização, deixando de ser ensinada em locais públicos para o interior das academias e sendo cobradas mensalidades para o acesso ao ensino da prática. Esse processo é a partir da criação da capoeira regional, na qual a lógica da mercadoria passa a vigorar (ARAÚJO, 2010).

De acordo com Araújo (2010, p.3) a institucionalização:

[...] caracteriza esse processo a restrição da prática da capoeira ao espaço privado, a formação de turmas de alunos pagantes, com horários pré-definidos e sistematização do ensino. Nessas circunstâncias, a experiência pública da capoeira passa a ser regulamentada pelos órgãos de turismo, e o espaço público, que ora se constituirá em espaço de auto-realização do capoeira, se consolida como um espaço privilegiado do consumo alheio. A docência de capoeira, nesse contexto, caracteriza-se como mediação fundamental no processo de transformação da capoeira, desde que, com a saída da capoeira do espaço público, a perpetuação dessa manifestação limitava-se à relação entre mestre, detentor do conhecimento, e aprendiz, em contexto de aula [...].

Essa prática era comum entre os negros no período da colonização, inicialmente praticada em senzalas e quilombos, porém era vista de maneira marginalizada entre os povos que colonizavam as terras brasileiras. Ficou proibida por ser considerada como ato de desordeiros. Não se sabe ao certo quando iniciou essa proibição. Abreu (2008, p.36-39) estima que:

Ocorreu por volta do século XIX, com a intensificação do controle de algumas manifestações como o batuque negro (união quase sempre da percussão com a dança e cânticos). Com isso, qualquer manifestação provinda dos negros era classificada como batuque – samba, capoeira, candomblé e outros.

Algumas cidades eram referências na prática da capoeira e foram responsáveis pela sua difusão no país como Rio de Janeiro, Salvador e Recife. Isso se deu pelo fato de que no século XIX, eram as principais zonas portuárias, onde a circulação de escravos era grande.

Nessa época, era vista como um costume e somente praticada por negros e vista como uma manifestação de classe inferior. Abreu (2008) descreve que, o século XIX no Brasil é marcado por uma série de guerras e revoltas. A instabilidade e o medo por uma conspiração negra escravizada fez com que o governo proibisse qualquer manifestação com batuques negros. A partir daí, inicia-se a marginalização e a proibição da capoeira, afim de controlar os focos de rebelião.

De acordo com Abreu (2008, p.38-39), várias proibições ocorreram na metade do século XIX:

[...] por força de lei, pretenderam disciplinar a vida do negro nas ruas da cidade. Os atabaques e marimbas eram instrumentos percussivos provocadores de sons e atos para os batuques. Uma situação limite colocava-se perante a sociedade escravocrata, dependente do escravo para sobreviver: como poderia tal sociedade proibir os escravos de praticarem manifestações para eles indispensáveis [...]. Proibir a prática daquelas manifestações ou prender os batuqueiros (seus participantes) não era mais suficiente, não cessava a causa. Era necessário articular uma nova política de repressão, que afastasse os temores da população, nortearse as ações policiais e efetivasse posturas municipais específicas de repressão [...].

Segundo Paiva (2007), os capoeiras sofriam sérias repressões por parte da polícia e quando capturados os soldados chegavam a aplicar como punição até 300 açoites. Desde a repressão, os castigos físicos (açoites) até chegar a ser considerada problema de estado, no qual foi proibida, configurada no código penal como crime e presente na Constituição Brasileira de 1890.

Em sua tese, Paiva (2007, p.49-50) descreve um trecho do Código Penal:

O Decreto nº 487 do Código Penal de 1890 estabeleceu, no Capítulo XIII, que tratava dos “vadios e capoeiras:

Art. 402 – Fazer nas ruas e praças públicas exercícios de agilidade e destreza corporal, conhecidos pela denominação de capoeiragem, andar em correrias com armas ou instrumentos capazes de produzir uma lesão corporal, provocando tumulto ou desordens, ameaçando pessoa certa ou incerta, ou incutindo temor de algum mal.

Pena de prisão celular de dois a seis meses.

Parágrafo único: É considerada circunstância agravante pertencer o capoeira a algum bando ou malta. Aos chefes ou cabeças se imporá a pena em dobro.

Assim, se sacramenta sua condição marginal na sociedade brasileira da época, o que exigiu luta para sair dessa condição, tanto que Alves (2008) relembra que após quase 40 anos de sua proibição, Manuel dos Reis Machado, mais conhecido como mestre Bimba, criou a Luta Regional Baiana, com o intuito de criar uma nova forma de capoeira que pudesse “confrontar” outros tipos de lutas mais veloz e com movimentações mais agressivas, um lado mais marcial da arte.

Através dele, no governo de Getúlio Vargas em 1930, a capoeira saiu do código penal como crime passando a ser uma arte livre e podendo ser praticada por qualquer pessoa. Vargas usou a liberação da capoeira como uma estratégia para acalmar os rebeldes. Para a sua prática deveria ser ‘criado’ um novo estilo de luta com características, regras e modelos a serem seguidos. A partir daí, inicia-se o processo de institucionalização da capoeira.

Tanto que, Mestre Bimba foi um dos primeiros a ter academia própria, autorizada pelo governo. Ele criou uma padronização de golpes, atribuindo nomes e técnicas para a execução do movimento. Seu espaço possuía um rigoroso processo seletivo para admissão de alunos – testes físicos eram realizados, se caso o aluno não fosse apto era recusado (CONDURU, 2007).

Araújo (2010) afirma que, com a implantação das primeiras academias e a saídas dos mestres das ruas, inicia-se o processo de profissionalização da capoeira (ensino privado da prática com horários, alunos pagantes e locais específicos).

[...] A experiência pública da capoeira passa a ser regulamentada pelos órgãos de turismo, e o espaço público, que ora se constituirá em espaço de auto realização do capoeira, se consolida como um espaço privilegiado do consumo alheio (ARAÚJO, 2010, p.3).

A capoeira nesta fase passa de um cunho, nos quais a ludicidade e o estilo próprio de jogar eram as principais características para um modelo mais econômico e rentável, na qual torna-se objeto de consumo.

Em 1941, com a sua descriminalização e com a criação do Conselho Nacional de Desporto em 1973, a capoeira foi instituída como modalidade desportiva, ligada à Confederação Nacional de Pugilismo.

Um outro fenômeno passa a se intensificar com essa institucionalização, que é a sua esportivização que segundo Alves (2008, p.511):

Ao ser esportivizada, a Capoeira passa a ser tratada de forma unidimensional e fragmentada, pois aspectos importantes são deixados de lado, como a historicidade, a ludicidade e a subjetividade, frente a outros que são o tecnicismo e o condicionamento físico.

Um dos efeitos negativos da esportivização é a busca pela performance, a ênfase na técnica, a negação da sua criação e, sobretudo, a fragmentação, pois pela lógica de mercado a que 'vende mais' é a capoeira regional, porque dentro dos campeonatos visa a melhor técnica, o melhor e maior jogo e quem tiver menos erros ganha a competição. Através desse modelo deixa-se de lado a parte lúdica, o brincar em roda, os fundamentos e a tradição, formando assim um capoeirista incompleto (ALVES, 2008).

Paiva (2007), menciona que nesse período, acaba acontecendo a divisão da capoeira em Regional (criada pelo Mestre Bimba) e a Angola (principal precursor foi Mestre Pastinha). Após essa separação outros capoeiristas apostavam em outra modalidade: a capoeira Contemporânea, praticada nos dias atuais, com uso das duas modalidades existentes (a Angola e a regional).

A Capoeira Angola ou Capoeira Mãe, como também é conhecida entre os capoeiras, é adepta da teoria de que esta tem origens africanas. Seu grande defensor foi Vicente Ferreira Pastinha (1889-1981), conhecido como Mestre Pastinha, que teve como mentor um africano oriundo de Angola, chamado

Mestre Bentinho. A capoeira Angola é marcada por improvisações, 'malícias', movimentações lentas e a 'madinga' sempre presente no jogo. Cada jogador tem seu estilo de jogo; nenhum jogo é igual ao outro (PAIVA, 2007).

Paiva (2007, p.55-56) cita um trecho do depoimento que Mestre Pastinha concedeu ao Museu da Imagem e do Som em 1967, no qual orienta como deveriam ser repassados os ensinamentos da capoeira:

O negócio é aproveitar os gestos livres e próprios de cada qual. Ninguém luta do mesmo jeito, mas no jeito deles. Há toda uma sabedoria que aprendi. Cada um é cada um [...].

A Luta Regional Baiana ou frequentemente conhecida como Capoeira Regional, foi criada no Brasil, especificamente na Bahia, teve seu criador o Mestre Bimba (Manuel dos Reis Machado) e seu objetivo era criar uma modalidade com mais velocidade para uso em combate, além de uma das primeiras a atrair mulheres para a roda, pois até então eram excluídas (DELGADO, 2011).

Paiva (2007) relata ainda que, Mestre Bimba misturou o que já se tinha de golpes da capoeira e uniu com os outros golpes de lutas do boxe, jiu-jitsu e batuque, criando um método de ensino que passaria a ser conhecido como a 'Sequência de Mestre Bimba', seu sistema de graduação.

Com essa modificação do Mestre na capoeira, muitas academias começam a aparecer e com a retirada dela do Código Penal, cresce o número de praticantes. Além de proporcionar uma nova expressividade para a capoeira, Mestre Bimba provocou a sua 'mercadorização', pois em seu sistema de graduação os alunos pagavam para trocar de nível, o que ocorre até os dias de hoje.

A última modalidade da Capoeira é a Contemporânea, assim chamada por ter surgido nos tempos atuais, mas especificamente na década de 1970, bem no meio do conflito entre a Regional e a Angola. Une elementos tanto da Regional como da Angola; dentro do jogo são realizados saltos (muitas vezes como demonstração) e isso descaracteriza a essência da Regional e também não pode ser considerada Angola, por sua rapidez nos golpes.

O 'mundo' da capoeira é composto pela roda, pelo jogo, pela ginga, pela musicalidade, pelos instrumentos e pelos golpes. É na roda que tudo acontece, na qual as pessoas presentes formam um círculo, seu diâmetro varia de acordo com o número de pessoas que podem ou não jogar. De acordo com Anjos (2003), os presentes na roda participam de forma direta e indireta, porque ajudam no coro e nas palmas. Muitos Mestres consideram que a roda não pode ser 'quebrada', não pode ter buracos, porque o 'axé', a 'energia', sairá e quebrará a harmonia, enfraquecendo-a e o jogo que nela acontecem.

É dentro da roda que o jogo acontece. Dois jogadores ficam agachados ao pé do berimbau e quem dá a autorização para o início é o capoeirista que está no comando do berimbau (normalmente o mestre ou aluno mais experiente – com mais tempo de vivência na capoeira).

A roda não se resume ao jogo de perguntas e respostas entre os capoeiristas; é também espaço de aprendizagem, onde o Mestre ensina durante a sua execução.

O dossiê IPHAN (2008) retrata que as rodas de capoeira eram vinculadas às questões religiosas. Exemplo disso, eram as oferendas como comidas. Porém, ela foi sendo desvinculada da religião por seus sucessores, embora algumas heranças persistam até hoje, quando ao final de muitos eventos de roda, o grupo ainda oferece comida aos convidados.

As rodas de capoeira se tornaram uma marca forte, pois é impossível falar dela e não lembrar das rodas, que rapidamente aglomeram pessoas para observar, jogar e se emocionar com as trocas de golpes. Delgado (2011) menciona que a roda é de fácil realização, pode ser feita em qualquer espaço, aberto ou fechado, na grama, no cimento, na areia, nas academias, nas ruas, nas escolas, etc.

O jogo da capoeira pode variar de acordo com o ritmo e é a bateria que o comanda. Não existe um tempo específico de duração dentro da roda. Afinal, os capoeiristas se revezam, porém cabe ao Mestre ou quem está no comando do instrumento (berimbau), a responsabilidade por iniciar e parar o jogo.

A ginga é um movimento essencial, primeiro movimento ensinado para qualquer aluno, que acompanha o ritmo do berimbau. Adorno (2017, p.82-83) revela que a ginga é:

[...] passo de dança, passo de luta. Primeiro, para aprender-se a Capoeira. Cadência, movimentação oscilante, meneio do corpo, que desconcerta e engana, no jeito bamboleante, na dança de todo o corpo.

Ainda, de acordo com o autor, a ginga é um elemento de distração, no qual o corpo segue a cadência dos ritmos, além de servir como elemento de ligação entre os golpes.

Quanto à música, sempre esteve presente nas rodas, é através dela que são contadas as histórias, os lamentos, a ladainha e os cânticos, que determinam o estilo de jogo. Adorno (2017) ressalta que a música é elemento que permeia a roda, na qual a energia corporal se manifesta naturalmente, uma festa musical e dançante que acontece ao mesmo tempo da luta dentro da roda e à medida que o jogo evolui as canções acompanham de forma bem peculiar.

Delgado (2011) comenta que, a música é constituída de canções e instrumentos, que variam conforme o toque do berimbau, possuem refrãos reproduzidos por todos na roda e podem conter qualquer tipo de tema como romance, capoeira famosos, escravidão, alegrias e tristezas, enfim, conteúdos comuns à nossa vida e história. Ainda, segundo Adorno (2017), a musicalidade é uma forma de resistência à memória das tradições de diferentes épocas.

Brito (2014) afirma que, antes da entrada dos instrumentos, a roda de capoeira era realizada apenas com o canto e as palmas. O primeiro instrumento introduzido foi o atabaque e o último o berimbau. Eles são organizados em uma linha chamada de bateria, na qual possuem uma ordem de posições de instrumentos de acordo com o estilo de capoeira.

O berimbau é o principal instrumento da bateria e é considerado o mais primitivo, feito de corda e é encontrado registros seu, no Brasil, por volta do século XVI. Delgado em sua obra descreve um relato de uma lenda (2011, p.33):

Diz a lenda africana que uma menina saiu a passeio e, ao atravessar um córrego, abaixou-se para beber água com as mãos. No momento em que saciava sua sede, um homem deu-lhe uma pancada na nuca. Ao morrer, seu corpo se converteu na madeira, seus membros na corda, sua cabeça na caixa de ressonância e seu espírito na música dolente e sentimental do berimbau.

Existem três tipos de berimbau: Gunga, Médio e o Viola. É feito de uma madeira chamada Biribá, um fio de arame é preso nas duas extremidades e uma cabeça com um buraco em um dos lados é presa na extremidade inferior. Para se emitir os ritmos são necessários mais três elementos: o caxixi, a baqueta e o dobrão. Os ritmos tocados nele são chamados de toques (DELGADO, 2011).

O segundo instrumento a compor a bateria é o pandeiro, que possui origem asiática, é de percussão, podendo ser de couro ou plástico. O pandeiro acompanha o som do caxixi (BRITO, 2014).

O atabaque, outro instrumento a compor a bateria, possui origem árabe e foi levado por mercadores à África. É feito de madeira de lei, presos por um arco de ferro, em sua parte superior existem travas que prendem e esticam bem o couro, para dar uma boa afinação (BRITO, 2014).

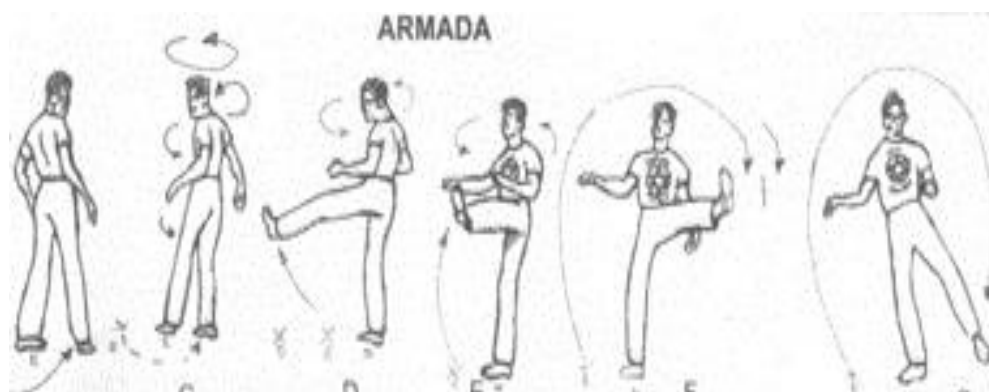
O agogô é um instrumento africano com um arco pequeno, possui uma alça metálica e tem um cone em cada ponta, de tamanhos diferentes para produzir sons diferentes (DELGADO, 2011; BRITO, 2014).

Existem vários golpes dentro da capoeira, muito deles utilizados tanto na Angola como na Regional. Nesse estudo, opta-se pela definição dos golpes de defesa e dos golpes de ataque.

De acordo com Anjos (2003); Delgado (2011); Adorno (2017), descreveremos os principais golpes de ataque:

1. Armada: é um golpe traumatizante e giratório com uma das perna com o corpo ereto. Para a realização desse movimento o capoeirista sai da ginga e realiza um giro, porém a perna que atingirá a lateral do adversário só será levantada faltando 180º graus para o giro se completar.

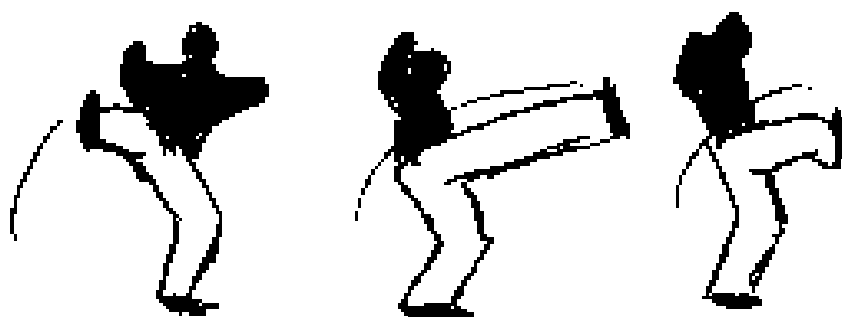
Figura 6: ilustração do movimento - Armada



Disponível em: <http://meninasdeourocwb.blogspot.com/2013/04/capoeira-1804.html> <Acessado em 06/12/2018>

2. Meia-lua de frente: é um movimento traumatizante, no qual o capoeirista eleva e lança a perna que está atrás em direção ao adversário, descrevendo uma meia lua em direção ao seu oponente, pois sua perna realiza um movimento de fora para dentro. Tem com o objetivo acertar o rosto ou causar desequilíbrio.

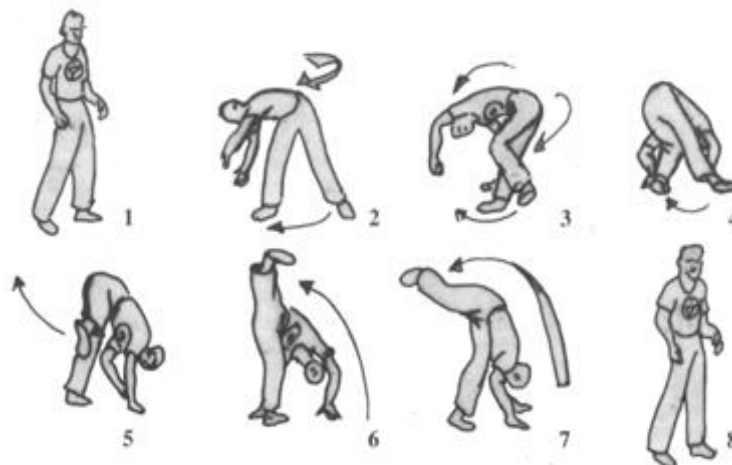
Figura 7: ilustração do movimento – meia-lua de frente



Disponível em: <http://pedagogiadaslutas.blogspot.com/2014/06/golpes-de-capoeiradataimagejpegbase649j.html> <Acessado em 06/12/2018>

3. Meia-lua de Compasso: é também um movimento giratório e traumatizante, porém nesse golpe uma das pernas deve estar atrás, é transferido o peso para a pernas que está na frente, o corpo é inclinado para baixo e com a perna que está atrás ele faz uma rotação semelhante a armada para que oponente seja atingido através do calcanhar.

Figura 8: ilustração do movimento – meia-lua de compasso



Disponível em: http://www.nupeg.org/capoeiramistica/capoeira_curso.htm < Acessado em 06/12/2018>

4. Cabeçada: é um golpe traumatizante perigoso, presente nas duas modalidades de capoeira (angola e regional). O corpo é projetado para frente e sobre uma das pernas flexionadas, tem o objetivo de acertar o rosto do oponente com a cabeça e sempre lembrando de fazer a proteção do rosto e a nuca com um dos braços.

Figura 9: ilustração do movimento – cabeçada

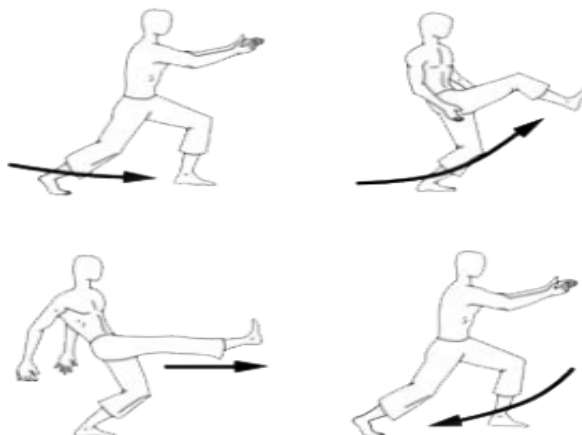


Disponível em: http://www.capoeiradobrasil.com.br/liga_2.htm < Acessado em 06/12/2018>

5. Benção: é um movimento traumatizante de extremo risco, pois dependendo da intensidade e do local onde efetuado o golpe, pode se ter sérios

comprometimento de saúde. Para realizar esse movimento uma das pernas tem que está atrás, e fazendo um movimento puxando a perna para cima e rapidamente empurrando para frente, em linha reta, com o objetivo de atingir o abdômen do oponente.

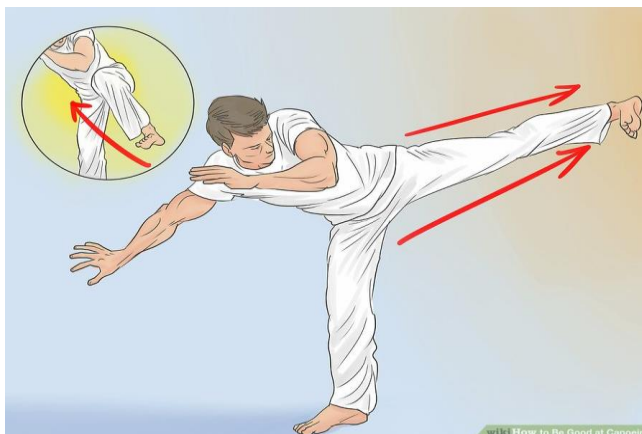
Figura 10: ilustração do movimento – Benção



Disponível em: <http://grupocapoeiranagoas.blogspot.com/2015/04/o-que-o-aluno-precisa-aprender-no.html> < Acessado em 06/12/2018>

6. Chapa Lateral: Esse movimento é semelhante a benção, porém o capoeirista realiza o movimento com um dos pés apoiados ao chão, lateralmente, e a outra perna é elevada e empurrada para a frente com o mesmo objetivo da benção.

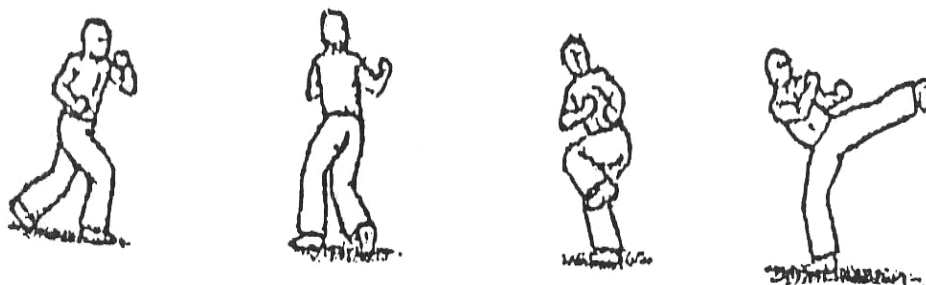
Figura 11: ilustração do movimento – chapa lateral



Disponível em: <https://www.wikihow.com/Be-Good-at-Capoeira.html> < Acessado em 09/12/2018>

7. Chapa giratória: O movimento é giratório, o capoeirista utiliza uma perna como base, nesse giro o jogador dá as costas para o adversário e com o auxílio do impulso, empurra a perna lateralmente sobre o oponente atingindo o abdômen. Esse movimento se assemelha à armada e à chapa lateral.

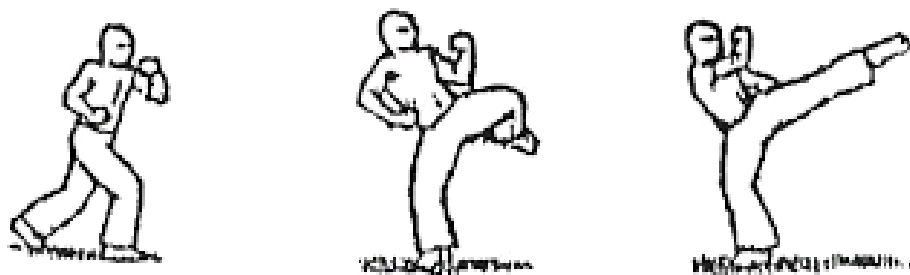
Figura 12: ilustração do movimento – chapa giratória



Disponível em: <http://www.axedecapoeira.narod.ru/schemes2.htm> < Acessado em 09/12/2018>

8. Martelo: o capoeirista com o corpo ereto, lança a perna lateralmente, com a intenção de atingir a cabeça do adversário. Nesse movimento o que atinge a cabeça do oponente é a ponta ou o peito do pé.

Figura 13: ilustração do movimento – martelo



Disponível em: <http://afflutas.blogspot.com/2012/11/capoeira.html> < Acessado em 09/12/2018>

9. Queixada: é semelhante à meia-lua de frente, pois o capoeirista se posiciona de frente ao oponente, porém ele dá um passo lateral e gira o tronco, elevando a perna de dentro para fora.

Figura 14: ilustração do movimento – queixada

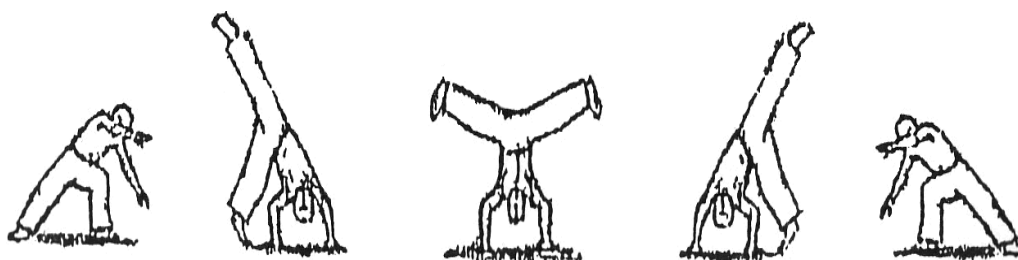


Disponível em: <https://www.wikihow.com/Be-Good-at-Capoeira> < Acessado em 09/12/2018>

Os golpes de defesa são:

1. Aú: é o movimento de saída do pé do berimbau e também é utilizado para a locomoção dentro da roda, tanto para se afastar ou aproximar-se do oponente. O movimento é realizado com o capoeirista em pé, que realiza um deslocamento lateral, semi-giratório e apóia as mãos no chão. É conhecido também como ‘estrelinha’ entre a faixa etária infantil.

Figura 15: ilustração do movimento – aú



Disponível em: <http://www.axedecapoeira.narod.ru/schemes2.htm> < Acessado em 09/12/2018>

2. Ginga: é o um dos primeiros movimentos ensinados para um capoeirista iniciante; permite a descontração e entrega do capoeirista no jogo. Tem o objetivo de armação dos golpes e deslocamento do jogador na roda. O

movimento é feito com o capoeirista em pé descrevendo em um jogo de pernas um triângulo imaginário no chão.

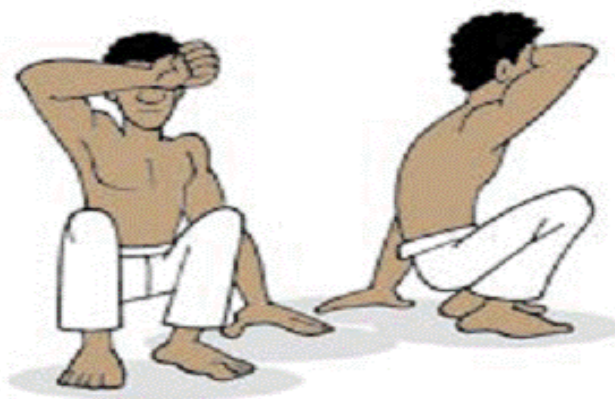
Figura 16: ilustração do movimento – Ginga



Disponível em: <https://www.wikihow.com/Be-Good-at-Capoeira> < Acessado em 09/12/2018 >

3. Cocorinha: é um movimento defensivo de esquiva e é específico da capoeira regional, no qual o jogador vai descer com os pés paralelos e ficar na posição de cócoras (por isso o nome do movimento); um dos braços vai proteger o rosto e o outro servirá de apoio e ficará esticado e apoiado ao solo.

Figura 17: ilustração do movimento – cocorinha



Disponível em: <http://mulheresnoaikido.blogspot.com/2016/12/serie-movimentos-da-capoeira-cocorinha.html> < Acessado em 09/12/2018 >

4. Negativa: é uma defesa em que o capoeirista desce, com a perna que está atrás ele faz a flexão e colocará o peso do seu corpo; a perna que está na frente ele esticará e o calcanhar tocará no solo e os braços apoiam as mãos no solo, o que garante três pontos de apoio, para que assim seja rápida a locomoção.

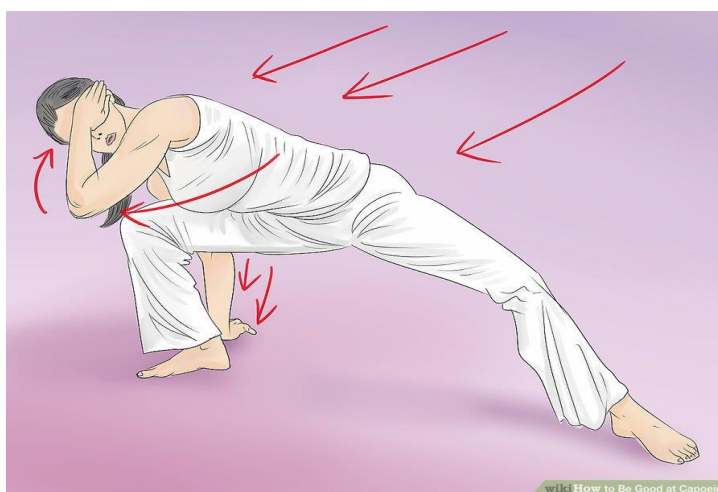
Figura 18: ilustração do movimento – negativa



Disponível em: <http://www.evora.net/altoastraljunior/capoeira%20basica.htm> < Acessado em 09/12/2018>

5. Esquiva lateral: é o movimento de defesa, utilizado para esquivar dos golpes. Nesse movimento o capoeira sem sair do lugar, inclina o corpo para um dos lados (esquerda ou direita), evitando a trajetória do golpes do oponente.

Figura 19: ilustração do movimento – esquiva lateral



Disponível em: <https://www.wikihow.com/Be-Good-at-Capoeira> < Acessado em 09/12/2018>

Muitos desses golpes se misturam nos jogos de Angola, Regional e Contemporânea.

3.2 O potencial da Capoeira no desenvolvimento de alunos com Síndrome de Down

A capoeira tem sido relevante no desenvolvimento da criança com Síndrome de Down (SD), tanto que estudos de Lucena et al (2010); Costa (2010); Reis (2012) têm demonstrado ações nas áreas da educação, inclusão, treinamento, musicalidade, esporte e lazer. A exemplo, são os efeitos da modalidade sobre o corpo, que dependendo dos objetivos a serem alcançados pode envolver desde a ludicidade até a área do treinamento desportivo.

No que se refere à ludicidade, existem infinitas possibilidades. Segundo Reis (2012), a ludicidade pode ser inserida tanto no início do treinamento, quanto em roda. Através das atividades lúdicas, as crianças com SD conseguem se expressar com mais facilidade e adquirem conhecimentos criativamente, além do desenvolvimento dos aspectos motores.

Os jogos lúdicos são um ponto fundamental para a capoeira, mas as atividades devem ser planejadas e organizadas pelo docente de Educação Física, para que não se tornem apenas o brincar pelo brincar.

Oliveira Neto (2007), afirma que durante o jogo da capoeira, o capoeirista trabalha várias qualidades físicas como agilidade, equilíbrio, coordenação, flexibilidade, ritmo e outros. Proporciona também desenvolvimento de aspectos cognitivos, motores e emotivos, pois não se resume somente na troca de golpes (estimulando a cognição), o aspecto emotivo está diretamente ligado à roda, no que todos são iguais.

Ainda, de acordo com o autor, a capoeira é responsável por “proporcionar aos seus praticantes vivenciar a cada momento e cada movimento, não só com músculos, nervos e tendões, mas também primordialmente com “cabeça e coração” (OLIVEIRA NETO, 2007, p.30).

Por outro lado, Reis Filho (1997; 2001), aborda várias produções em diferentes aspectos no que se trata do mundo da capoeira, com enfoque na qualidade de vida, no lazer, na saúde e no bem-estar e na brincadeira de quem pratica.

Considerando que pode ser experienciada em todas as faixas etárias; os alunos com deficiências ou transtornos têm se beneficiado com essa prática. Lussac (2009) mostra que a prática da capoeira pode trazer inúmeros benefícios para esses públicos, justamente por ter características lúdicas, um jogo no qual a vivência é coletiva.

O autor afirma, ainda, que a capoeira é uma ótima recomendação para as pessoas com SD, por ser uma arte de cunho sociabilizador, emotivo e de integração entre os participantes.

Costa (2010), defende a inclusão do ensino da capoeira na Rede Municipal de Educação das escolas especiais de Porto Alegre/RS, onde fez uma pesquisa e discutiu os benefícios e as mudanças no comportamento social, intelectual e afetivo dos alunos com essa arte.

Palma et al (2012) realizaram estudo, aliando a prática da capoeira com a deficiência intelectual, com o objetivo de melhorar a coordenação, atenção e, acima de tudo, desenvolver uma consciência corporal desse sujeito. Afirma que, através dos jogos a criança com deficiência pode se avaliar a cada atividade concluída. Constatou que através da prática da capoeira houve uma melhora significativa na autonomia dos alunos e na percepção do corpo.

Brito (2008) relata sobre uma pesquisa em que a capoeira foi utilizada como instrumento para a melhoria da coordenação motora em pessoas com SD, na qual a capoeira tem como característica o movimento e é através deles que os estímulos corretos podem melhorar alguns aspectos motores desse indivíduo.

Os resultados da pesquisa mostraram que há diferença entre os sexos masculino e feminino, no qual o sexo masculino mostrou resultados significativos em relação ao sexo feminino em todos os testes de praxia global, sendo que o sexo feminino obteve superiores ao sexo masculino nos testes de equilíbrio, lateralização, noção de corpo. Se analisarmos a influência da idade, isso aumenta ainda mais, pois segundo os testes realizados, indivíduos mais novos obtiveram melhores resultados.

Então, podemos constatar que, quanto mais cedo aplicarmos os estímulos corretos, exemplo disso a prática da capoeira, em indivíduos com SD, melhor será seu desempenho e melhorando sua autonomia nas atividades cotidianas.

Bezerra Neto (2010) afirma que, a capoeira tem a possibilidade de explorar vários aspectos e realizar estímulos no campo cognitivo, social e afetivo, pois dentro de uma roda é necessário bater palmas, cantar, tocar instrumentos e ainda realizar os golpes no jogo. Fazendo disso uma vasta vivência corporal.

Pereira (2007) afirma, em sua pesquisa, que os benefícios da prática da capoeira são inúmeros e inegáveis, principalmente no que se diz respeito aos aspectos psicossociais, que podem influenciar no desenvolvimento, na aprendizagem, na participação e na interação social. O caráter lúdico presente contribui para a melhoria da segurança e autoestima do aluno. O autor aponta ainda que nos dias atuais, a capoeira adaptada é algo pouco acessível e, que na maioria das vezes, acaba excluindo pessoas com deficiência.

Brito (2014); Reis Filho; Schuler (2010) desenvolveram estudos da capoeira envolvendo o desenvolvimento psicomotor em pessoas com deficiência, com destaque para a rica movimentação ligada à ludicidade dentro do programa de capoeira. Os benefícios ligados ao equilíbrio e à coordenação motora são significativos e que deve se ter atenção quanto à duração, intensidade e frequência de treinamento para que se obtenha mais resultados positivos.

Com os constantes aspectos favoráveis à capoeira, como instrumentos de estímulos para pessoas com SD, é que ela vem se expandindo em todos os espaços. Podemos ter, como exemplo, as APAE's (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) que têm proporcionado treinos de capoeira como forma de estímulos para a sociabilidade, a afetividade, a coordenação motora e os aspectos cognitivos.

Com pesquisas realizadas envolvendo a população SD, vários pensamentos acerca da incapacidade de treinar esse grupo foram superados, mostrando que há inúmeras possibilidades de ensino e aprimoramento de capacidades físicas, e assim, uma alternativa para promover uma mudança na qualidade de vida e o ganho de uma independência física para a realização das atividades diárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo podemos notar que existe uma grande disseminação da prática capoeira pelo mundo, e que muitos debates em torno da luta/jogo ainda são atuais como sua origem, a resistência para manter a prática viva, apesar das proibições, os debates sobre religião, escravidão e cultura. Isso demonstra que existe uma infinidade de pontos que podem ser trabalhados em todos os espaços (tanto escolar como não-escolar).

A capoeira pode ser utilizada para desenvolver as potencialidades de pessoas com deficiência, principalmente as com Síndrome de Down e este estudo vem reafirmar os que vários autores já pesquisaram sobre o assunto.

Nesta revisão de literatura muitos dados obtidos afirmam o grande potencial da capoeira em relação ao desenvolvimento do aluno com Síndrome de Down e que vários são os benefícios proporcionados através da prática regular da capoeira.

Os estudos apontaram que indivíduos com Síndrome de Down que fazem uso da prática da capoeira, obtiveram uma melhora significativa no equilíbrio, coordenação, flexibilidade, lateralidade, manutenção do peso e convívio social foram ampliados e a autonomia para as realizações das tarefas de vida diária.

Os estudos também apontam que é de relevância realizar o pré-natal, pois a partir do diagnóstico, os pais são orientados em relação aos cuidados que deverão ter com a chegada do bebê, às vezes, são encaminhados a departamentos especializados. É importante ressaltar que, o papel da família é essencial na formação desse indivíduo, pois a autonomia e desenvolvimento dessas pessoas dependerá dos estímulos que receberão ao longo de sua formação. Quanto mais estímulos e vivências diferentes receber, maior pode ser o seu desenvolvimento.

Por fim, este estudo reafirmou e comprovou, as indagações iniciais sobre o potencial da capoeira no desenvolvimento de pessoas com Síndrome de Down, embora cada indivíduo tenha sua peculiaridade, e através da revisão de literatura, constata-se poder incluir a capoeira em aulas de Educação Física, não só nas aulas práticas como nas teóricas, ressaltando a sua historicidade e sua resistência ao longo dos anos, promovendo vivências diferenciadas e

combatendo preconceitos existentes em nossa cultura. O professor de Educação Física tem papel de extrema importância na sociedade e na vida de seus alunos, portanto cabe a cada um promover essa mudança e saber aplicar as metodologias corretas para obter os melhores objetivos.

Apesar de alguns progressos em pesquisas realizadas sobre a temática, ainda é possível notar a extrema carência de pesquisas voltadas para o assunto. Não encontramos pesquisas direcionadas para as metodologias aplicadas ao alunos com Síndrome de Down e isso é de extrema relevância para o professor. Deve-se ampliar as pesquisas e fundamentá-las sobre a importância do papel do professor de educação física nas escolas aliada a prática da capoeira, pois pouquíssimas pesquisas foram realizadas sobre esse assunto.

REFERÊNCIAS

ABREU, Frederico José de. **A repressão à capoeira**. Ministério das Relações Exteriores. Textos do Brasil. n.14, 2008.

ADORNO, Camille. **A arte da capoeira**. 2017. Disponível em: http://www.educacaofisica.seed.pr.gov.br/arquivos/File/sugestao_leitura/aartedacapoeira.pdf < Acessado em: 10/10/2018 >

ALVES, Leonardo Prata. **A esportivização da capoeira: reflexões teóricas introdutórias**. Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v.6, Ed. Especial, p.510-521, jul., 2008.

ANJOS, Eliane Dantas dos. **Glossário Terminológico Ilustrado de Movimentos e Golpes da Capoeira: um estudo término-linguístico**. Dissertação (Mestrado em Letras - Filologia e Língua Portuguesa) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, Benedito Carlos Liborio Caires. **A institucionalização da prática de ensino como ato originário da profissionalização da capoeira**. Anais do V colóquio de epistemologia da Educação Física, Maceió – AL, BRASIL, 22 e 23 de outubro de 2010.

BATISTA, Denise A. S; VASCO, Maria Aparecida; OLIVEIRA, Maria Cecília Schmidt de; CAMPOS, Maria Teresa G. Rocha; PAGNAN, Nina Brancia; CASARIN, Sonia. **Você sabe o que é Síndrome de Down?** Centro de informações e pesquisa da Síndrome de Down, 1987. Disponível em: <<http://www.projetedown.org.br/> >. Acesso em: 15 de abr. 2016.

BEZERRA NETO, José Coelho. **O desenvolvimento psicomotor proporcionado pela capoeira ao Síndrome de Down**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física) - Faculdade Mauricio de Nassau, Recife, 2010.

BOFF, Sérgio Ricardo; MAIA, Aline Vidal. **A influência da dança no desenvolvimento da coordenação motora em crianças com Síndrome de Down**. Faculdade de Educação Física/UNICAMP. Campinas, v.6, Ed. Especial, p.144-154, Jul., 2008.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoas com Síndrome de Down**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012.

____. **História e cultura africana e afro-brasileira na educação.** Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Ministério da Educação, Brasília: MEC/SECADI, UFSCar, 2014.

____. **Roda de Capoeira e Ofício dos Mestres.** Dossiê IPHAN, 2008.

BRITO, Andreyson Calixto de. **A influência da capoeira no desenvolvimento psicomotor de crianças.** Tese (doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

____. **Um contributo para a coordenação motora de indivíduos com Síndrome de Down.** Dissertação (Mestrado em Actividade Física Adaptada) - Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, fevereiro, 2008.

CAMPOS, Maria João Carvalheiro. **Autopercepções em crianças e jovens com Síndrome de Down** – Estudo da competência percebida e da aceitação social. Tese de Mestrado em Ciências do Desporto, na área da Actividade Física Adaptada. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto, Porto, 2005.

COELHO, Charlotte. **A Síndrome de Down.** 2016. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-sindrome-de-down&codigo=A0963 < Acessado em: 02/12/2018>

CONDURU, Guilherme Frazão. **As metamorfoses da capoeira: contribuição para uma história da capoeira.** Ministério das Relações Exteriores. **Textos do Brasil**, 2007.

COSTA, Adélia Kervalt. **A prática da capoeira nas escolas especiais da rede municipal de ensino de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.** Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DÉA, Vanessa Helena Santana Dalla; DUARTE, Edison. **Síndrome de Down: informações, caminhos e histórias de amor.** São Paulo: Phorte, 2009.

DELGADO, Leonardo de Arruda. **Meus estudos de capoeira em Barra do Corda/MA.** 2011. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/gagaufera/meus-estudos-de-capoeira-em-barra-do-corda> < Acessado em: 12/11/2018>

DESSEN, Maria Auxiliadora; SILVA, Nara Liana Pereira. **Deficiência Mental e Família, Implicações para o Desenvolvimento da Criança.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 17 n. 2, pp. 133-141, 2002.

____. **Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família.** Interação em Psicologia, Universidade de Brasília, v.6, n.2, p. 167-176, jul./dez. 2002.

GRANZOTTI, João Antônio; AMARAL, Fernando. **Incidência de cardiopatias congênitas na Síndrome de Down.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.71, n.1, p.28-30,1995.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GUSMÃO, Fabio A. F.; TAVARES, Eraldo J. M.; MOREIRA, Lilia Maria de Azevedo. **Idade materna e Síndrome de Down no Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia, Rio de Janeiro, 19(4), p.973-978, 2003.

KOZMA, Chahira. O que é Síndrome de Down. In: Stray – Gundersen, Karen (Org.). **Crianças com Síndrome de Down: guia para pais e educadores.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LUCENA, Neide Maria Gomes de; LUCENA, Larissa Coutinho de; ARAGÃO, Paulo Ortiz Rocha de; MELO, Luana Gadê Bandeira de; ROCHA, Thiago do Vale; ANDRADE, Suellen Marinho. **Relação entre perfil psicomotor e estilo de vida de crianças de escolas do município de João Pessoa, PB.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.17, n.2, p. 124-9, abr./jun. 2010.

LUSSAC, Ricardo Martins Porto. **Terceira idade, envelhecimento e capoeira.** RBCEH, Passo Fundo, v.6, n.1, p.50-60, Jan./Abr, 2009.

OLIVEIRA NETO, Paulo Costa de. **O perfil dos escolares, da Educação Infantil, praticantes de capoeira, em relação às variáveis psicomotoras.** Trabalho de Conclusão de Curso (licenciatura em Educação Física) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Uruguaiana, 2007.

OLIVEIRA SILVA, Gladson de; HEINE, Vinícius. **Capoeira: um instrumento psicomotor para a cidadania.** São Paulo: Phorte, 2008.

ORNELS, Maria Abrantes; SOUZA, Celso. **A contribuição do profissional de Educação Física na estimulação essencial em crianças com Síndrome de Down.** Educação Física/UEM. Maringá, v.12, n.1, p.77-88, 1º semestre, 2001.

PAIVA, Ilnete Porpino de. **A capoeira e os mestres**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
PALMA, Luciana Erina; MANTA, Sofia Wolker; LEHNHARD, Greice Rosso; MATHEUS, Silmara Elice Ronner. **Ensino da capoeira para pessoas com deficiência intelectual**. Sobama, Santa Maria, v.13, n.1, p.27-30, Jun., 2012.

PEREIRA, Rosângela Ruffato. **A contribuição da capoeira adaptada na melhoria de aspectos sociais em pessoas portadoras de necessidades especiais**. Dissertação de Mestrado (Ciência da Motricidade Humana) - Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2007.

RAMALHO, Natália. **A Musicoterapia para Pacientes Portadores de Síndrome de Down: Um Estudo de Caso**. 2011. Trabalho de Conclusão do Curso (Pós-Graduação em Musicoterapia) - Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU, São Paulo, 2011.

REIS FILHO, Adilson Domingos dos; SCHULLER, Julia Aparecida de Paula. **A capoeira como instrumento pedagógico no aprimoramento da coordenação motora de pessoas com Síndrome de Down**. Pensar a Prática. Goiânia, v.13, n.2, p. 1-21, maio/ago., 2010.

REIS, André Luiz Teixeira. **Brincando de Capoeira: Recreação e Lazer na Escola**. Brasília: Valcy, 1997.

_____. **Educação Física & Capoeira: Saúde e Qualidade de vida**. Brasília: Thesaurus, 2001.

REIS, Viviane Cristina dos. **A ludicidade na iniciação da capoeira na infância**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília, Minas Gerais, 2012.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão**. Revista Nacional de Reabilitação. São Paulo, v.5, n. 25, p. 5 -14, mar/abr, 2002.

TRENTIN, Flavia Emanoelly; SANTOS, Vera Lucia Pereira dos. **Aspectos gerais da Síndrome de Down: uma visão biológica**. Cadernos da escola de saúde. Faculdades Integradas do Brasil, Curitiba, v.1, n.9, p. 15 – 31, 2017.

VASSALLO, Simone Pondé. **A transnacionalização da capoeira: etnicidade, tradição e poder para brasileiros e franceses em Paris**. In: Anais da Quinta Reunião de Antropologia do Mercosul. Florianópolis-SC, 30 de novembro a 03 de dezembro de 2003.

VIEIRA, Sergio Luiz de Souza. **Capoeira** – origem e história. Tese de Doutorado. PUC, São Paulo, 2004.