

FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL

MARIANA GAGNO CAMPAGNARO

**MUSICOTERAPIA COMO ESTÍMULO À APRENDIZAGEM DE UMA CRIANÇA
COM SÍNDROME DE DOWN: UM ESTUDO DE CASO**

SÃO MATEUS
2017

MARIANA GAGNO CAMPAGNARO

**MUSICOTERAPIA COMO ESTÍMULO À APRENDIZAGEM DE UMA CRIANÇA
COM SÍNDROME DE DOWN: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade Vale do Cricaré do Programa de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento regional, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Educação e Desenvolvimento Regional.

Orientador: Professor Doutor Edmar Reis Thiengo.

SÃO MATEUS
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus - ES

C186m

CAMPAGNARO, Mariana Gagno.

Musicoterapia como estímulo à aprendizagem de uma criança com Síndrome de Down: um estudo de caso / Mariana Gagno Campagnaro – São Mateus - ES, 2017.

78f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Edmar Reis Thiengo.

1. Síndrome de Down. 2. Estimulação essencial. 3. Musicoterapia. 4. Educação especial. I. Título.

CDD: 371.9

MARIANA GAGNO CAMPAGNARO

**MUSICOTERAPIA COMO ESTÍMULO À APRENDIZAGEM DE
UMA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: UM ESTUDO DE
CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 27 de outubro de 2017.

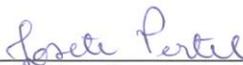
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Edmar Reis Thiengo
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dra. Josete Pertel
Faculdade Multivix São Mateus

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida e sabedoria, sem as quais nada é possível de ser realizado.

Aos meus pais, José Geraldo Campagnaro e Valquíria Antonieta de Souza Gagno Campagnaro, que com tanto amor me ensinaram a arte de aprender e por nunca medirem esforços para que eu continue somando conhecimentos.

Aos meus irmãos, por me ensinarem a compreender e conviver com a diversidade.

Às minhas afilhadas, Duda e Malu, por reacenderem em mim a cada dia a esperança de um mundo melhor, com mais amor e humanidade.

AGRADECIMENTOS

Dada a sua essencialidade, agradeço primeiramente ao meu Deus, que com imensa bondade e zelo me guiou até aqui. Somos falhos, mas infinitas são as suas misericórdias.

Ao meu orientador Edmar Reis Thiengo, por estar sempre receptivo e disposto a colaborar. Agradeço por tão brilhantemente dividir seus conhecimentos comigo.

À minha mãe, pelo empenho em revisar e me ouvir por horas falar deste trabalho, trazendo sempre apontamentos construtivos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré, por terem contribuído para minha formação acadêmica na execução de cada aula ministrada.

Aos colegas do curso, por dividirem comigo suas experiências e aprendizados, em especial a Fabiana Cabral, pela amizade e incentivo.

Não importa quanto a vida possa ser ruim, sempre existe algo que você pode fazer e triunfar. Enquanto há vida, há esperança.

Stephen Hawking

Muitas coisas não ousamos empreender por parecerem difíceis; entretanto, são difíceis porque não ousamos empreendê-las.

Sêneca

RESUMO

O trabalho ora apresentado demonstra a importância da estimulação essencial como forma de agregar qualidade de vida as crianças com Síndrome de Down especialmente por intermédio da musicoterapia. Em um primeiro momento, após levantamento bibliográfico, baseado principalmente em Feldman, Lopez e Guerra, são apresentadas as fases de desenvolvimento cognitivo por faixas etárias, demonstrando a importância da primeira infância no desenvolvimento do indivíduo. Em seguida, são apresentadas as anomalias genéticas que interferem neste desenvolvimento, dando enfoque a Síndrome de Down, foco deste trabalho. Mais adiante, foram apresentadas as formas de abordagem, processo e técnicas terapêuticas eficazes como estimulação essencial, dentre elas a musicoterapia. Partindo a parte prática deste trabalho que objetivou analisar a contribuição da musicoterapia como forma de estímulo a crianças com Síndrome de Down, esta pesquisadora optou para primeira fase do trabalho por um levantamento bibliográfico, passando, posteriormente, ao estudo de caso de forma explanatória, isto é, buscando novas informações e conclusões sobre o tema. O estudo de caso consistiu na aplicação de técnicas musicoterapêuticas em uma criança de quatro anos de idade que, em decorrência da Síndrome, apresentava déficit cognitivo, o que nesse comprometeria sua atenção e, conseqüentemente, sua aprendizagem e as formas de se expressar. Apesar de terem sido realizadas poucas sessões e de não ter sido finalizado como planejado, foi possível constatar que por meio da utilização da música e suas estruturas rítmicas a criança alcançou uma evolução considerável, principalmente no que tange a memória.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Estimulação Essencial. Musicoterapia.

ABSTRACT

The work presented here demonstrates the importance of essential stimulation as a way to add quality of life to children with Down Syndrome especially through music therapy. At first, after a bibliographical survey, based mainly on Feldmam, Lopez and Guerra, the stages of cognitive development are presented by age groups, demonstrating the importance of early childhood development in the individual. Next, we present the genetic anomalies that interfere in this development, focusing on Down syndrome, the focus of this work. Later, the forms of approach, process and effective therapeutic techniques were presented as essential stimulation, among them music therapy. Starting from the practical part of this work that aimed to analyze the contribution of music therapy as a form of stimulation to children with Down's Syndrome, this researcher opted for the first phase of the work by a bibliographical survey, and later, to explain the case in an explanatory way, this is, seeking new information and conclusions on the subject. The case study consisted in the application of music therapy techniques in a four-year-old child who, as a result of the Syndrome, had cognitive deficit, which would compromise their attention and, consequently, their learning and ways of expressing themselves. Although few sessions were held and it was not finalized as planned, it was possible to verify that through the use of music and its rhythmic structures the child has achieved a considerable evolution, especially in memory.

Key words: Down Syndrome. Essential Stimulation. Music Therapy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: BASES E CONCEITOS.....	21
2.1.1	A importância da primeira infância no desenvolvimento cognitivo	23
2.2	Anomalias que interferem no desenvolvimento.....	26
2.3	SÍNDROME DE DOWN: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS.....	29
2.3.1	A criança com Síndrome de Down no contexto familiar.....	30
2.3.2	Aprendizagem escolar de uma criança com Síndrome de Down.....	31
2.4	A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL NAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN.....	33
2.5	FORMAS DE ESTÍMULO À CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN.....	34
2.6	RELAÇÃO DA MUSICOTERAPIA COM O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN.....	35
3	RECURSO METODOLÓGICO	39
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	39
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	40
3.3	LOCAL DA PESQUISA.....	42
3.4	DESENVOLVIMENTO.....	42
3.4.1	Roteiro.....	43
3.5.	ANÁLISE DE DADOS.....	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
4.1	PRIMEIRO ENCONTRO – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	47
4.2	SEGUNDO ENCONTRO – IDENTIDADE MUSICAL.....	50
4.3	TERCEIRO ENCONTRO – INTRODUÇÃO DE ‘REGRAS SOCIAIS’	52
4.4	QUARTO ENCONTRO – ESTÍMULO MOTOR.....	54

4.5	QUINTO ENCONTRO – ESTÍMULO A ATENÇÃO.....	56
4.6	SEXTO ENCONTRO – ATIVIDADE DE INTERAÇÃO.....	57
4.7	SÉTIMO ENCONTRO – MEMORIZAÇÃO	59
4.8	OITAVO ENCONTRO – ATENÇÃO E AGILIDADE	61
4.9	NONO ENCONTRO – COORDENAÇÃO MOTORA E ATENÇÃO	62
4.10	DÉCIMO, DÉCIMO PRIMEIRO E DÉCIMO SEGUNDO ENCONTROS	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXOS	
	Anexo 01: Ficha terapêutica	70
	Anexo 02: Laudo Profissional Inicial	71
	Anexo 03: Cantigas Infantis	72
	Anexo 04: Canção de ‘bem-vindo’ e ‘até logo’	76
	Anexo 05: Gravuras – ‘Seu Lobato’	77
	Anexo 06: Aquarela	78

1 INTRODUÇÃO

Filha de pais pedagogos e vinda de uma família composta por mais cinco irmãos, desde muito cedo tive o despertar pelas diversidades, fossem elas físicas ou subjetivas. Cresci em uma pacata cidade de interior, sem muitos recursos tecnológicos e, junto a mim, cresceu minha prima Gabriela e minha amiga Joyce – esta já falecida. Ambas espertas e inteligentes, tão espertas que só fui me dar conta do que seria a cegueira de Gabi e a dificuldade da Joyce quando já era moça.

Meus pais, assim como os pais da Gabi, sempre foram extremamente cuidadosos quanto ao nosso desenvolvimento e educação. Por ser a cidade ainda limitada de recursos, acompanharam cada fase de nossa caminhada, fosse com jogos educativos ou com simples bonequinhos de barro para despertar a atenção, o toque.

Fomos apresentadas às diversas formas de artes: música, dança, teatro, esportes e às ‘artes’ de crianças. Minha mãe sempre defendeu a tese que estimular o raciocínio é a melhor forma de ensinar, pois nos capacita a aprender e interagir com toda e qualquer área do conhecimento.

Com o passar dos anos percebi que eu e a Gabi ingressamos na faculdade, mas em algum momento o desenvolvimento da nossa amiga Joyce parou. Foi então que me dei conta que, por melhor e mais correta que seja a forma e técnica de ensinar, o aprender depende, antes, do capacitar a aprender e, neste momento, devemos tratar os iguais de maneira igual, mas os diferentes de maneira compatível com suas possibilidades, com sua realidade, percebendo que uns aprendem mais rapidamente que outros.

Gabriela aprendeu a ler em braile e teve o ensino adaptado a sua peculiaridade, formou-se e tornou-se funcionária pública. Hoje entendo o porquê das brincadeiras com massinhas e argila para explorar e aguçar o toque.

Estudei direito nesta instituição que hoje busco o título de mestre. Por intermédio das ciências jurídicas mais uma vez tive o apontamento de que ‘cada caso é um

caso' e individualmente deve ser tratado. Simultaneamente ao direito, mantive os meus estudos de piano inspirada em Beethoven, surdo que fazia qualquer um se apaixonar por suas melodias.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o Brasil possui 300 mil pessoas com Síndrome de Down, sendo o tipo de malformação congênita mais frequente. A organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define malformação congênita como todo defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento devido à causa genética ambiental ou mista.

Em 1866, John Langdon Down descreveu a síndrome e suas características. Ele descobriu que a causa era genética. Pessoas com Síndrome de Down possuem 47 cromossomos, sendo o cromossomo extra ligado ao par 21. A Síndrome de Down:

Em sua etiologia, a síndrome de Down se caracteriza por uma alteração em uma divisão cromossômica, resultante da triplicação do material genético – o usual seria a duplicação – referente ao cromossomo 21, sendo, por isso, também conhecida como trissomia do cromossomo 21. Essa alteração cromossômica acarreta modificações físicas que interferem no desenvolvimento global da criança, como complicações cardíacas e respiratórias, hipotonia ou flacidez muscular, alterações sensoriais, principalmente as relacionadas à visão e audição. Além disso, há comprometimento também no desempenho acadêmico, interferindo na aprendizagem da criança (CORRÊA, 2017, p. 13).

A Síndrome de Down foi determinada pela primeira vez em 1959, por Jérôme Lejeune e, em apenas meio século de estudos, a expectativa de vida de quem tem a Síndrome aumentou de 15 para 70 anos (ARAÚJO, 2009).

Neste contexto, a fim de me instruir e ter um maior contato com as pessoas que tem algum tipo de necessidade especial e o que é feito quanto ao seu desenvolvimento e capacitação, ingressei como voluntária na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Este contato me fez reafirmar que com o estímulo correto e necessário toda criança é capaz de desenvolver-se e alcançar uma melhor qualidade de vida, seja para atravessar a rua ou para assinar seu nome tendo consciência do que está assinando.

As crianças diagnosticadas com a Síndrome de Down devem ser submetidas a terapias de estímulo ao desenvolvimento envolvendo profissionais de diversas áreas, porém, quanto à educação, devem ser tratadas como qualquer outra criança. Para Bastos (2005), a criança com Síndrome de Down é capaz de compreender suas limitações e conviver com suas dificuldades, 'cerca de 73% delas tem autonomia para tomar iniciativas, não precisando que os pais digam a todo momento o que deve ser feito'. A diferença consiste apenas no ritmo de aprendizagem, uma vez que quem tem Síndrome de Down aprenderá mais lentamente.

Segundo Oliveira Filho (2017) em artigo publicado no site ABC da Saúde, as pessoas com a Síndrome de Down costumam ser menores e terem um desenvolvimento físico e mental mais lento. O desenvolvimento motor e de linguagem também são bastante atrasados.

O desenvolvimento psicomotor da criança é o aumento da capacidade dela em realizar variadas funções cognitivas e motoras, atividades cada vez mais complexas. O indivíduo com o diagnóstico de Síndrome de Down apresenta uma deficiência mental, normalmente, um funcionamento intelectual abaixo da média, o que afeta seu comportamento e entendimento de mundo do modo como esperamos que seja este mundo como vivemos hoje em dia (VON BARANOW, 1999).

Pueschel (2007) comenta que:

Na verdade, o processo de aprendizagem é contínuo, tendo início já a partir do nascimento com a experiência de sugar, tocar, virar-se e erguer a cabeça, em conjunto com olhar e ouvir. Embora estas atividades inicialmente ocorram de forma reflexa, são consideradas como resultantes de sensações prazerosas que a criança repete com eficácia. Para a criança com Síndrome de Down, desde muito cedo, o maior número possível de padrões de movimentos prazerosos e eficientes é essencial para o desenvolvimento de habilidades mais complexas no futuro (p. 118-119).

Várias terminologias são usadas para uma mesma prática: 'estimulação essencial', 'intervenção precoce', 'solicitação ao desenvolvimento', 'estimulação precoce'. Nos últimos anos, esta última expressão foi muito empregada, pretendendo-se dar

ênfase ao treinamento que deve ser iniciado o mais cedo possível nas crianças portadoras de síndrome de Down.

Lopez (1988), em seu artigo, enfoca a importância da linguagem musical e de seus elementos no desenvolvimento psicomotor infantil de uma maneira geral. Para autora 'as manifestações sonoro-musicais fazem parte da própria essência humana'. Assim, a linguagem sonoro-musical não pode ser vista separadamente da linguagem corporal, a música considerada como uma forma de comunicação e valorizando o ato criativo, evidencia a genuína expressão do indivíduo.

Segundo Von Baranow (1999), a música atinge diferenciadamente áreas de nossa psique que dificilmente são atingidas por outras fontes de estímulos, como uma mensagem a ser usada terapeuticamente e manifesta sensibilidade, emoção, timbres diversos e ritmos, melodias e harmonias, numa espécie de linguagem emocional, levando-nos a reagir numa grande e variável escala em áreas e percepções somente experienciadas através delas.

Merritt (1990, apud BRÉSCIA, 2003) acredita que a música tem esta capacidade de alcance em nossa psique porque pode curar, elevar, iluminar, nutrir e fortalecer o ser humano e a sociedade. Mas é óbvio que não conseguimos vê-la realizando concretamente estas coisas e dificilmente podemos explicar como o faz.

Para Costa (1989), a música é a organização de relações entre sonoridades, simultâneas ou não, no decorrer do tempo. Sons e silêncios são combinados e encadeados entre si, formando melodias, harmonias e ritmos. É da prática musicoterápica que decorrem as observações para esse tema. A partir da estrutura da linguagem musical a criança expressa-se de maneira espontânea, revelando-se de forma autêntica e utilizando todo seu potencial corporal e psíquico. É levado em consideração as estruturas melódicas e harmônicas, as letras, e principalmente a estrutura rítmica.

De acordo com Sacks (2007), a música ao chegar ao cérebro vai até os sistemas talamocorticais que fundamentam a consciência e o self, e ali são elaborados e

revestidos de significado, sentimentos e associações de todo tipo. Ainda segundo Sacks (2007), ao ouvirmos seletivamente a música ou som com diferentes interpretações e emoções, as características musicais básicas de uma composição – o tempo, o ritmo, os contornos melódicos, e até mesmo o timbre e o tom – tendem a ser preservadas com notável exatidão.

Ferreira (1988, p. 957) refere-se à música como a “arte e ciência de combinar sons que sejam agradáveis ao ouvido”. A criança, por meio da brincadeira, relaciona-se com o mundo que descobre a cada dia e é dessa forma que faz música: brincando. Sempre receptiva e curiosa, ela pesquisa materiais sonoros, inventa melodias e ouve com prazer a música de diferentes povos e lugares (JOLY, 2003).

Devido a limitações tecnológicas da época, os estudos e aplicação da música como medida terapêutica só foram intensificados com o surgimento da Revolução Industrial e, como destacou Costa (1989), sem sombras de dúvidas, pode-se afirmar que foram os avanços tecnológicos que permitiram o aparecimento de recursos para o desenvolvimento mais apurado de pesquisas e estudos sobre a música e sua influência sobre o ser humano. Somente durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) a área do conhecimento denominada de Musicoterapia tornou-se conhecida como ciência paramédica.

A proposta da musicoterapia frente ao indivíduo com diagnóstico de Síndrome de Down é a estimulação através de canais de comunicação usando o som, a música e o movimento, buscando o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, da concentração (cognição) e da expressão corporal e verbal, a ampliação do entendimento e de um contato coerente com o mundo externo visando, nos casos mais graves, o despertar e a manutenção do interesse e da atenção por si mesmo e pelas pessoas e objetos que os rodeiam (VON BARANOW, 1999).

Os musicoterapeutas Natália Migliari Ramalho e Marcos Lopes, em estudo de caso apresentado em 2011 ao Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, aplicaram o processo musicoterapêutico em paciente com Síndrome de Down por um período de aproximadamente dois anos, obtendo resultados bastante

satisfatórios em todos os sentidos. O paciente apresentou melhoras de comportamento, cognição e articulação.

Cada sessão com musicoterapeuta, em grupo ou individual, pode durar de 45 minutos a uma hora e meia, a depender da necessidade e das limitações de cada paciente. O valor de cada consulta variará conforme o caso e a quantidade de encontros a serem realizados. O custo, a falta de informações, bem como a dificuldade de encontrar profissionais capacitados para estarem trabalhando com as crianças são as principais causas da não disseminação da técnica.

As inquietações sobre relação entre a musicoterapia e o desenvolvimento cognitivo da criança com síndrome de Down, motivou-nos a responder, por meio desta pesquisa, a seguinte questão que norteará nossa pesquisa: **de que forma a musicoterapia contribui para a aprendizagem de uma criança com síndrome de Down?**

Desse modo o presente estudo visa, de maneira mais geral, discutir as contribuições da musicoterapia no processo de aprendizagem de uma criança com Síndrome de Down. Para tanto, foram traçados como objetivos específicos:

- a) Relacionar a musicoterapia com o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down;
- b) Discutir a aprendizagem escolar de uma criança com Síndrome de Down;
- c) Identificar técnicas de musicoterapia que proporcionem melhor aprendizado de uma criança com Síndrome de Down.

Ao final da pesquisa foi possível analisar não somente os aspectos cognitivos em que a musicoterapia atua no desenvolvimento da criança, mas, também, os aspectos sociais. Dessa forma, acreditamos que os objetivos propostos nos ajudou a perceber, como mais facilidade, como a musicoterapia trabalhada com uma criança

com Síndrome de Down, foi significativa, não somente para a criança, mas também para o profissional.

1.1 JUSTIFICATIVA

Nos repositórios CAPES, Scielo, USP, UNICAMP, UFMG e UFES, ao utilizarmos descritores como “síndrome de Down” e “Down syndrome”, a maioria das publicações encontradas relacionam-se a aspectos direcionados ao desenvolvimento físico do sujeito com síndrome de Down, a características da síndrome, ao desenvolvimento da linguagem ou ainda a inclusão de sujeitos com síndrome de Down.

Nesta busca pelos repositórios na tentativa de identificar pesquisas que dialogam com o tema proposto para esta pesquisa, utilizamos os descritores musicoterapia e síndrome de Down, encontramos 320 dissertações de mestrado, 175 teses de doutorado e ainda 325 artigos científicos. Destes trabalhos, destacamos aqueles que mais se aproximam de nossa proposta.

Os musicoterapeutas Natália Migliari Ramalho e Marcos Lopes, em estudo de caso apresentado em 2011 ao Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – São Paulo, aplicaram o processo musicoterapêutico em paciente de 11 anos de idade com Síndrome de Down por um período de aproximadamente dois anos. A criança apresentava déficit de atenção, dificuldade de comunicação verbal e de relacionamento. A abordagem feita através da música, obteve resultados bastante satisfatórios em todos os sentidos. Segundo a pesquisadora, o paciente apresentou melhoras de comportamento, cognição e articulação.

Maria Inês Couto Augusto, também no ano de 2011, apresentou trabalho de Conclusão de graduação em Música ao Conservatório Brasileiro de Música – Rio de Janeiro – sobre as possibilidades de estimulação de portadores de síndrome de Down em musicoterapia. Através de entrevistas com profissionais da área, ela realizou um levantamento sobre diversas possibilidades técnicas de utilização da estimulação em musicoterapia, ponderou que apesar das pesquisas bibliográficas só

chegou ao real entendimento ao entrevistar profissionais musicoterapeutas. Apesar de ter entendido a musicoterapia como fator importante de estimulação de pessoas com síndrome de Down, reconhece que o estudo foi superficial e necessita de uma abordagem mais ampla.

Outro trabalho interessante sobre o tema foi realizado por Gláucia Tomaz Marques Pereira, pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis/GO. O objetivo foi promover acolhimento, fortalecer vínculo e trabalhar ansiedade das mães de bebês com Síndrome de Down através da vivência das experiências musicais na musicoterapia para abrir canais de comunicação. Como resultado, a autora observou que a troca colaborativa auxiliou no acolhimento e na mudança dos aspectos emocionais, culturais e sociais do ser.

Observando as pesquisas já realizadas e ainda o amplo campo de pesquisa, verificamos a importância deste trabalho e afirmamos que esse se fundamenta e justifica na ideia de que não basta estender o tempo de vida de quem tem Down, isto é, não basta dar-lhes expectativa de uma vida mais longínqua, é necessário acrescentar qualidade a vida dessas pessoas. Qualidade de vida é dar condições de independência, é capacitar para que seja sujeito de oportunidades como qualquer outra pessoa. Comprovar que isso é possível através de estímulos proporcionados pela musicoterapia e, ainda, disseminar isto, é uma forma relevante de contribuição a essas pessoas.

1.2 ESTRUTURA DO TRABALHO

Por meio dos objetivos descritos, buscamos os referenciais que nos apoiaram nas discussões e análise dos dados coletados e, da mesma forma, traçamos uma metodologia de trabalho, detalhando os elementos da pesquisa, bem como a criança objeto de nossa investigação que se deu por meio de um estudo de caso. Dessa forma, o trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos assim organizados.

O primeiro capítulo é introdutório, onde descrevemos a relação desta pesquisadora com o objeto de pesquisa, destacando que esta aproximação se dá desde a infância

por sua relação com crianças à época chamadas de especiais. Apresentamos, ainda, o problema de pesquisa bem como sua relevância, os objetivos que buscamos alcançar e, ainda, fundamentamos uma justificativa que mostra o diferencial desta pesquisa em relação ao que verificamos nos repositórios institucionais de destaque.

O segundo capítulo é composto por um referencial teórico onde apresentamos a síndrome de Down e a musicoterapia, relacionando a musicoterapia com o desenvolvimento cognitivo de crianças que tem síndrome, discutindo a importância da primeira infância no desenvolvimento psicomotor levando-se em consideração a aprendizagem escolar de uma criança com síndrome de Down e apresentação das técnicas musicoterapêuticas. Merecem destaque pela abordagem destes temas os seguintes autores: Feldman, que construiu o quadro das fases de aprendizado, tendo por base as contribuições de Lopez (1998) e Pueschel (2007).

No terceiro capítulo encontra-se retratada a metodologia, trazendo especificações importantes para o andamento da pesquisa. O problema proposto aponta aos seguintes questionamentos essencialmente: 'como' e 'porque'. Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo 'como' e 'porque', quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco se concentra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Desta forma, através do estudo de caso, buscou-se informações novas para que se possa explicar e demonstrar como a musicoterapia pode auxiliar no estímulo das crianças com Síndrome de Down.

O quarto capítulo apresenta os dados produzidos nesta pesquisa e discute as possibilidades de se trabalhar a musicoterapia no dia a dia da criança e as consequências desta no aprendizado da criança. Neste capítulo apresentamos cada um dos doze encontros traçando um paralelo de discussão das observações da pesquisadora à luz dos referenciais adotados.

Finalizamos a dissertação com as Considerações Finais, onde é feita uma retomada dos objetivos e dos resultados obtidos, relacionando-os com a fundamentação teórica utilizada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentaremos a Síndrome de Down e a musicoterapia, relacionando a musicoterapia com o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem de crianças que tem síndrome de Down, discutindo a importância da primeira infância no desenvolvimento psicomotor levando-se em consideração a aprendizagem escolar e as técnicas musicoterapêuticas.

2.1 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: BASES E CONCEITOS

O campo do desenvolvimento humano concentra-se no estudo científico dos processos sistemáticos de mudanças e estabilidade que ocorrem nas pessoas. Os cientistas do desenvolvimento estudam os três principais domínios: físico, cognitivo e psicossocial. O crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde fazem parte do desenvolvimento físico. Aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade compõem o desenvolvimento cognitivo. Emoções, personalidade e relações sociais são aspectos do desenvolvimento psicossocial (FELDMAN et. al., 2013).

Conforme salientado acima, o campo do desenvolvimento cognitivo, na visão de Feldman, englobaria a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade. No campo de estudos da aprendizagem há uma grande variedade de correntes teóricas que discutem modelos e tipos de aprendizagem para definirem o desenvolvimento das práticas pedagógicas escolares e extra-escolares, mas, independente da prioridade que dão a determinados fatores, um ponto comum presente nas teorias é a correlação entre as representações e condições internas do sujeito e as situações externas a ele.

Assim, no processo de aprendizagem leva-se em consideração a ação do sujeito sobre o meio e a maneira como cada pessoa organiza, aprende e interioriza as informações de uma dada realidade. Neste ponto, faz-se importante observar os outros fatores do desenvolvimento cognitivo, quais sejam, a atenção, a memória, a linguagem, o pensamento, o raciocínio e a criatividade como fatores essenciais para

o processo de aprendizagem, isto é, como porta para interiorização das informações do meio externo.

Segundo Vygotsky (1988, p. 110), “aprendizagem e desenvolvimento não entram em contato pela primeira vez na idade escolar (...), mas estão ligados entre si desde os primeiros dias de vida da criança”.

A divisão do ciclo de vida em períodos é uma construção social: um conceito ou prática que pode parecer natural e óbvio àqueles que o aceitam, mas na realidade é uma invenção de uma determinada cultura ou sociedade. De fato, o próprio conceito de infância pode ser visto como uma construção social. Ao contrário da relativa liberdade que têm as crianças hoje nos Estados Unidos da América, as crianças pequenas no período colonial eram tratadas até certo ponto como pequenos adultos, e esperava-se delas que fizessem tarefas de adultos, como tricotar meias e fiar a lã (EHRENREICH e ENGLISH, 2005).

Feldman et. Al. (2013) dividiu o ciclo de vida em oito períodos, são eles:

- a) Período pré-natal: da concepção ao nascimento;
- b) Primeira infância: do nascimento aos três anos de idade;
- c) Segunda infância: dos três aos seis anos de idade;
- d) Terceira infância: dos seis aos onze anos de idade;
- e) Adolescência: dos onze aos vinte anos de idade;
- f) Início da vida adulta: dos vinte aos quarenta anos de idade;
- g) Vida adulta intermediária: dos quarenta aos sessenta e cinco anos de idade;
- h) Vida adulta tardia: dos sessenta e cinco anos de idade em diante.

Porém, o próprio Feldman (2013) pondera sobre fatores que influenciam o desenvolvimento, tais como a hereditariedade, o ambiente de vivência, etc. Muitas mudanças típicas da primeira e segunda infância, como a capacidade de andar e falar, então vinculadas a maturidade do corpo e do cérebro.

Na tabela “principais desenvolvimentos típicos em oito períodos do desenvolvimento humano” apresentada por Feldman et. Al. (2013, p. 40-41), podemos identificar que

o desenvolvimento cognitivo tem início ainda na fase pré-natal, com o desenvolvimento das capacidades de aprender e lembrar, bem como as de responder aos estímulos sensoriais.

Alcançada a primeira infância as capacidades de aprender e lembrar já estarão presentes desde as primeiras semanas de vida, e o uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas se desenvolvem por volta do final do segundo ano de vida. A compreensão e o uso da fala se desenvolvem rapidamente nesse período.

Do que foi descrito acima é possível concluir que até os três anos de idade (final da primeira infância e início da segunda infância) a criança já desenvolveu suas capacidades essenciais havendo apenas um aprimoramento quanto à inteligência e maturidade cognitiva nas fases que se sucedem.

2.1.1 A Importância da Primeira Infância no Desenvolvimento Cognitivo

A aprendizagem é um processo complexo, pois sua fonte encontra-se no meio natural-social, abrangendo os hábitos que formamos e a assimilação de valores culturais ao longo do processo de socialização. Nele ainda intervêm muitos fatores internos de natureza psicológica e biológica que interagem entre si e ambos com o meio externo. Assim, a situação em que ocorre a aprendizagem pode ser compreendida como o momento em que a criança enfrenta uma exigência externa, e, portanto, social, e conseqüentemente mobiliza e desenvolve respostas para atender de maneira satisfatória essa exigência.

As habilidades motoras se desenvolvem em sequência, que pode depender em grande parte da maturação, mas também do contexto, da experiência e da motivação. Habilidades simples se combinam em sistemas complexos cada vez maiores.

De acordo com a teoria ecológica de Gibson, a percepção sensorial e a atividade motora estão coordenadas desde o nascimento, ajudando os bebês a navegar em seu ambiente. Qualquer que seja o estado de evolução do organismo, os sistemas

de ação (comportamento motor) dependem das possibilidades dinâmicas do sistema nervoso em si e de sistemas periféricos afinados com as demandas ambientais em uma determinada tarefa. Os padrões de movimento podem revelar mecanismos de controle motor e fenômenos de adaptação, facilitando no momento de identificar as atividades que serão utilizadas para estimular o desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down.

Rovee-Collier (1999), constatou que os bebês repetem uma ação dias ou semanas mais tarde caso sejam lembrados periodicamente da situação em que a aprenderam.

Castro (2006) em trabalho apresentado aos alunos do Mestrado em Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista, ponderou:

O controle motor pode ser reconhecido através da consistência, acurácia e adaptação numa atividade qualquer de natureza voluntária. O controle motor é um fenômeno que incorre na busca, pelo sistema biológico, por uma padrão na ação, ou gestos, ou movimentos que, mantém um modo coordenativo ou conduz a um novo modo. Assim, qualquer ação pressupõe movimentos subordinados aos mecanismos de controle (p. 04).

Em sua pesquisa Castro (2006) comparou quatro pessoas com Síndrome de Down, duas crianças ativas e dois adultos com trinta anos de idade. A pesquisadora pediu que os quatro andassem sobre um trampolim. As crianças demonstraram intimidade imediata com as propriedades elásticas da superfície, os primeiros passos controlados foram substituídos por subseqüentes passadas largas e rígidas. São crianças explorando soluções coordenativas a seu modo. Os dois adultos apresentaram passadas curtas, lentas e instáveis, típicas e repetitivas, mantendo-se assim em todas as tentativas.

Por outro lado, Nelson (2005) pondera que são os estímulos e memória cognitiva que ficam armazenados e não a retenção de experiências específicas. Isso ocorre porque o próprio cérebro seleciona essas lembranças como inútil e, por isso, os adultos não se recordam de quando eram bebês.

Assim, a estimulação precoce do cérebro é fundamental para o desenvolvimento cognitivo futuro.

De acordo com a abordagem piagetiana de desenvolvimento cognitivo, no primeiro mês de vida os bebês exercitam seus reflexos inatos, obtendo algum controle sobre ele. Do segundo ao quarto mês os bebês repetem comportamentos agradáveis que primeiro ocorrem ao acaso, tendo suas atividades focadas em seu corpo e não nos efeitos do comportamento sobre o ambiente. Entre o quinto e o oitavo mês eles se tornam mais interessados no ambiente, repetindo reações que produzem resultados interessantes. Entre o oitavo e décimo segundo mês desenvolvem comportamento mais deliberado e proposital a medida que coordenam esquemas previamente aprendidos. Do décimo segundo ao décimo oitavo mês começam a demonstrar curiosidade e experimentações, testando as consequências de suas ações. Entre o décimo oitavo ao vigésimo quarto mês já podem representar eventos mentalmente, podendo pensar sobre eventos e antecipar sua consequência.

A velocidade de processamento aumenta rapidamente durante o primeiro ano de vida. Continua a aumentar durante o segundo e o terceiro ano a medida que a criança torna-se mais capacitada para distinguir novas informações das informações que já processou (ZELATO et. al., 1995).

Daí a importância dos estímulos na fase inicial da vida. Neste trabalho focaremos em estímulos auditivos. Estudos sobre discriminação auditiva se baseiam na preferência da atenção. Esses estudos constataram que recém-nascidos conseguem distinguir sons que já ouviram daqueles que ainda não ouviram.

Em estudo realizado por Swain et. al. (1993), bebês que ouviram o som de certa fala um dia após o nascimento pareceram lembrar-se dele 24 horas depois.

Dois estudos controlados de atribuição aleatória testaram a eficácia da intervenção precoce. Esses dois programas, o projeto CARE e o Aborcederian Project envolveram 174 bebês de lares de risco do Estado da Carolina do Norte, Estados Unidos. Em ambos os projetos as crianças participantes do programa mostraram

uma grande vantagem sobre os grupos controle na pontuação do teste de desenvolvimento durante os primeiros 18 meses.

Ao final, concluíram que as intervenções mais eficazes na infância são aquelas que começam bem cedo e continuam ao longo dos anos pré-escolares, são intensivas, proporcionam experiências educacionais diretas e são adaptadas às diferenças e necessidades individuais.

Consideramos na abordagem deste estudo que a aprendizagem englobaria todas as fases de desenvolvimento cognitivo, uma vez que aprender, na visão desta pesquisadora, só é possível quando ativadas as demais áreas integrantes do campo do desenvolvimento cognitivo descritas no item 2.1.

2.2 ANOMALIAS QUE INTERFEREM NO DESENVOLVIMENTO

Anomalia é uma condição médica hereditária causada por uma anormalidade no DNA. Em tempos mais remotos, quando ainda não havia construída tal definição sobre as anomalias, bem como pouco se sabia sobre suas consequências, as deficiências se tornavam assustadoras, fazendo com que o deficiente fosse mantido longe da sociedade. Em alguns casos, as crianças com deficiência foram consideradas como resultantes de cruzamento de mulheres com o demônio.

Segundo Foucault (1998), a medicina moderna só teve espaço no final do século XVIII, com o desvencilhamento do pensamento científico do pensamento religioso. Por este motivo, as primeiras pesquisas científicas que se tem registro datam do século XIX.

Com o progresso da genética e a definição de gene como um segmento cromossômico que possui um código único e distinto contendo informações que determinarão as características humanas, entendeu-se que as 'aberrações' nada mais eram que anormalidades cromossômicas causadoras das malformações congênitas.

De acordo com Moraes et. al. (2005), as alterações cromossômicas são responsáveis por mais de 60 síndromes identificáveis, afetando 0,7% dos nascidos vivos, 2% das gestações em mulheres acima de 35 anos e 50% dos abortos espontâneos.

Souza et. al. (2010) realizaram uma revisão dos estudos desenvolvidos nos cinco anos anteriores a realização do trabalho de pesquisa por eles elaborados, com base neste estudo e nas informações trazidas pelo site do laboratório GENE desenvolvemos o quadro seguinte:

Quadro I – Principais Anomalias Genéticas e suas características

Cromossomo	Síndrome	Características
5	Cri-Du-Chat	<ul style="list-style-type: none"> -tamanho reduzido da cabeça -hipertelorismo ocular -implantação baixa das orelhas -queixo pequeno -baixo peso -dificuldade no crescimento -hipotonia muscular -convulsões
8	Warkany	<ul style="list-style-type: none"> -é fatal, causa aborto espontâneo. -comprometimento do desenvolvimento das estruturas mentais -conformação facial -rótulas ausentes ou displásicas -contrações espasmódicas -sulcos nas plantas dos pés e nas palmas das mãos -anomalia vertebral -pélvis estreito
13	Patau	<ul style="list-style-type: none"> -Letal em quase todos o casos, média de sobrevivência é de 2 a 5 dias; -microftalmia (globo ocular pequeno) -fenda palato labial -pelidactilia
18	Edwards	<ul style="list-style-type: none"> -baixo peso -crises de cianose (coloração azulada na pele ou nas mucosas) -tremores e convulsões -hipoplasia genital -hérnia diafragmática -fenda facial -hérnia umbilical -artesia esofágica -rins em ferradura

		<ul style="list-style-type: none"> -defeito do septo ventricular -prognóstico limitado, 95% morrem como embriões ou feto.
21	Down	<ul style="list-style-type: none"> -perfil achatado -orelhas pequenas e de implantação baixa -pescoço largo e grosso com pele redundante na nuca -mãos e pés pequenos e grossos -encurvamento do quinto dígito -aumento da distância entre o primeiro e segundo artelho -prega única nas palmas -olhos com fendas palpebrais oblíquas -língua grande -Abdômen Saliente, com tecido adiposo abundante.
22	Cat-Eye	<ul style="list-style-type: none"> -aumento da medida da translucência nucal -dismorfismo craniofacial -ascite -edema de pele -malformação cerebelar -defeitos cardíacos complexos -anomalias urogenitais -restrição de crescimento
X	Turner	<ul style="list-style-type: none"> -baixa estatura -inteligência normal -disgenesia gonadal -puberdade deficiente -infertilidade -pescoço alado -cardiopatias -rins com formato de ferradura
X	Klinefelter	<ul style="list-style-type: none"> -hipogonadismo masculino primário (deficiência dos testículos) -estatura aumentada -proporções corporais, distribuição de pelos e de gordura no corpo idêntico ao padrão feminino -massa muscular reduzida -Insuficiência na produção de testosterona -características sexuais secundárias masculinas pouco desenvolvidas -ginecomastia -Dificuldade de aprendizado -retardo leve

Fontes: site www.laboratoriogene.com.br e Souza et. al. 2010

Este trabalho concentrou-se no desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down, merecendo, por este motivo, maior atenção quanto a sua definição e características, o que faremos no tópico seguinte.

2.3 SÍNDROME DE DOWN: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

Síndrome de Down é uma alteração genética decorrente da fase de divisão celular no processo de formação dos gametas ou do embrião, ocasionando a presença de um cromossomo a mais nas células do indivíduo e, por isso, é também conhecida como Trissomia do Cromossomo 21.

Tal condição leva à deficiência mental moderada ou leve, acrescida de vários problemas de audição, formação do esqueleto e de coração.

Existem três tipos de Síndrome de Down:

- a) Trissomia simples: é a mais comum, com incidência em 92% dos casos. Nesta forma de trissomia, a constituição genética é caracterizada pela presença de um cromossomo 21 extra em todas as suas células.
- b) O mosaicismo: bem menos frequente que a forma anterior, incide apenas em 2 a 4% dos casos. Nesta forma de incidência, células de 46 e 47 cromossomos estão mescladas no mesmo indivíduo.
- c) Translocação: incidência em 3 a 4% dos casos, quando o material genético sobressalente pode estar associado à herança genética. Neste caso, todas as células possuem 46 cromossomos, no entanto, parte do material de um cromossomo 21 adere-se ou transloca para algum outro cromossomo.

De acordo com Zago et al (2011, p. 346): “os distúrbios autossômicos mais comuns são relacionados a trissomias, nas quais já foi observada íntima relação com a idade da mãe. Dentre elas, a mais frequentemente descrita é a Síndrome de Down, com prevalência de 1:600 casos”.

Segundo Pueschel (1993), as pessoas com Síndrome de Down apresentam baixa estatura, e geralmente são afetuosos, carinhosos, brincalhões e, quanto ao

cognitivo, 80% das crianças têm QI baixo, entre 25 e 30. As características mentais podem variar de um atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor nas crianças menores e um retardo mental nas crianças maiores.

Essa síndrome apresenta deficiências específicas em áreas que envolvem habilidades auditivas, visuais, de memória e de linguagem.

Para Werneck (2006), a maior limitação aos que tem a síndrome se tornem adultos integrados, produtivos, felizes e independentes não é imposta pela genética, mas sim pela sociedade.

2.3.1 A Criança com Síndrome de Down no Contexto Familiar

Conforme apresentado até aqui, os primeiros anos de vida de uma criança constituem um período crítico em seu desenvolvimento cognitivo, e o papel que a família desempenha nesse período é de fundamental importância.

Segundo Minuchin (1993), aprender faz parte de uma individualização promovida pela família de forma natural ao auxiliar o crescimento. Há uma complementaridade entre o comportamento do bebê e a pessoa que cuida dele (BOWLBY, 1989).

Knobel (1992) pondera a importância da família no desenvolvimento da criança, fundamentado na ideia de que a família é um dos grupos primários da nossa sociedade e, nessa interação familiar, configura-se precocemente a personalidade, com suas características sociais, éticas, morais e cívicas. Portanto, indispensável a inclusão da família no processo terapêutico e educacional da criança.

A Síndrome de Down foi associada por mais de um século à condição de inferioridade e esse estigma ainda está presente em grande parte da sociedade, influenciando muitas vezes na imagem que os pais constroem de sua criança com Síndrome.

A sociedade necessita de um amplo e contínuo esclarecimento em relação às crianças com Síndrome de Down, para que haja mudanças de atitudes no sentido de fortalecer as famílias e proporcionar a elas condições de interagir com a situação de seus filhos.

2.3.2 Aprendizagem Escolar de uma Criança com Síndrome de Down

Embora a legislação vigente seja pontual e incisiva a favor da inclusão, ainda presenciemos manifestações de dúvidas, incertezas e resistências por parte dos professores, pais e comunidade em geral.

Importante observar que:

A orientação de pais deve ser mais do que aconselhá-los. Cabe à escola definir os papéis, tanto da família, quanto da própria escola, enquanto colaboradores do processo educativo. Há de se permitir aos pais um conhecimento bastante amplo de modo simples para que socializem com este universo de conhecimento (STELLING, 1996, p. 68).

Ao falarmos de inclusão acabamos voltando nossa atenção à escola, sobretudo, para a importância da escola receber e garantir a permanência do aluno com necessidades educacionais especiais.

A Lei 13.146 que entrou em vigor em dezembro de 2015, instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu art. 4º assegurou que “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”. Pontuando no artigo 8º:

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à **educação**, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e a reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantem seu bem estar pessoal, social e econômico (grifo nosso).

Em que pese a Lei haver resguardado tais direitos a quem tem deficiência, a Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino questionou em juízo dispositivos da Lei, principalmente no que tange a obrigatoriedade de aceitação do aluno com necessidades especiais e a proibição de cobrança de valores adicionais nestes casos.

O Supremo Tribunal Federal, por maioria dos votos, reconheceu a validade da Lei em face aos questionamentos. O Relator da ação, Ministro Edson Fachin, declarou:

A Lei 13.146 parece justamente assumir esse compromisso ético de acolhimento, quando exige que não só apenas as escolas públicas, mas também as particulares, deverão pautar sua atuação educacional a partir de todas as facetas e potencialidades que o direito fundamental à educação possui.

Assim, resguardada a observância dos artigos 27 a 30 da Lei, merecendo destaque o artigo 27, que diz:

A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistemas inclusivos em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Dessa maneira, muito mais do que aceitar o aluno, a escola deverá se adaptar e oferecer sistemas que permitam a inclusão deste aluno, bem como o possibilite a alcançar o máximo desenvolvimento possível.

A criança com Síndrome de Down, apesar de totalmente capaz de absorver e desenvolver o aprendizado, fará isso de forma mais lenta, necessitando que todas as etapas sejam respeitadas, quais sejam: inteligência, memória e capacidade de aprender. Todas elas desenvolvidas com estímulos adequados.

De acordo com Cecília Dias, pesquisadora sobre a inclusão de pessoas com Síndrome de Down, a aprendizagem tem sempre que partir do concreto, pois estes tem dificuldade de abstração. Na alfabetização e no ensino da matemática, por exemplo, símbolos podem ser aprendidos com certa facilidade, embora seja difícil associá-los a conceitos e quantidades. O processo de abstração é lento e difícil, mas possível. O aprendizado não pode ser isolado, tem que acompanhar a vida prática.

2.4 A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL NAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

O termo 'intervenção precoce' foi utilizado por um longo tempo para definir um processo sistemático de planejamento e fornecimento de serviços terapêuticos e educacionais para famílias que precisam de ajuda para satisfazer as necessidades de bebês e crianças em idade pré-escolas (primeira infância).

Com o passar dos anos o termo 'precoce' sofreu duras críticas por ser associado a um 'bombardeio de estímulos' e, por isso, adotou-se a expressão 'estimulação essencial'.

O Ministério da Educação (MEC, 1995) relata que a Estimulação Essencial é um conjunto dinâmico de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a propiciar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo.

De acordo com Lefèvre (1981), a criança com Síndrome de Down passa por amadurecimento constante de seu Sistema Nervoso Central, desenvolvendo-se diariamente, mesmo que vagarosamente. Apesar de o desenvolvimento lento ser comum em todas as crianças Down, existem diferenças marcantes entre elas: cada uma tem seu tempo de aprendizagem.

O progresso de ações como sentar, alcançar, ficar de pé, andar, comunicar-se, falar e ler varia muito de criança para criança.

Swartzman (1999) assevera que, apesar de haver um inevitável atraso em todas as áreas de desenvolvimento em crianças com síndrome de down, o desenvolvimento da inteligência não depende exclusivamente da alteração cromossômica, mas também do restante do potencial genético, bem como das importantes influências do meio.

Ainda neste sentido, Melero (1999) enfatiza que a pessoa com síndrome de Down é muito mais que sua carga genética, é um organismo que funciona como um todo, e a genética é só uma possibilidade. Esse modo de funcionar como um todo pode compensar inclusive sua carga genética, mediante processos de desenvolvimento, sempre e quando melhoram os contextos em que a pessoa vive.

As crianças com Síndrome de Down também passam por todos os estágios de desenvolvimento cognitivo que as que não tem a trissomia, diferenciando desses apenas quanto ao momento e tempo de desenvolvimento. Assim, os estímulos ao desenvolvimento psicomotor são fator determinante no avanço dessas crianças. Por intermédio de estímulos adequados, qualquer criança pode aprender tudo o que seu potencial permitir e desenvolver habilidades básicas indispensáveis ao cotidiano.

O contexto educacional para crianças com Síndrome de Down deve incluir um programa amplo, que aborde o treino e aptidões adaptativas, de habilidades sociais e ocupacionais. A terapia vem sendo usada há muitos anos para moldar e melhorar os comportamentos sociais e cognitivos.

2.5 FORMAS DE ESTÍMULO À CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

De acordo com Werneck (1993), a Síndrome de Down é considerada uma encefalopatia não progressiva, isto é, depois de determinado tempo a lentidão no desenvolvimento não se acentua e não ocorre agravamento em seu quadro.

Desta maneira, além da importância de se iniciar os estímulos o mais cedo possível, também se faz relevante que haja estímulos dirigidos as diversas áreas de desenvolvimento e não exclusivamente a uma das áreas.

Dentro das possibilidades de estimulação essencial para esse público, destacam-se:

- a) Fisioterapia: direcionada ao desenvolvimento motor global e perpendicular;
- b) Fonoaudiologia: voltado a reduzir a lentidão na aquisição da fala;

- c) Psicopedagogia: visa estimular o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, a comunicação, socialização, interação e desenvolvimento de hábitos;
- d) Psicomotricidade: objetiva a reeducação, terapia e educação.
- e) Pedagogo: o pedagogo, por meio de educação especial, visa à promoção do desenvolvimento global, respeitando as limitações da criança com Síndrome de Down;
- f) Equoterapia: os estímulos são realizados em cima de um cavalo e, de acordo com a forma que o cavalo se movimenta, estimula-se o equilíbrio e a coordenação motora da criança com Síndrome de Down.
- g) Musicoterapia: através de atividades específicas para cada indivíduo ou grupo, busca minimizar as dificuldades da fala, de socialização, além de promover a expressão, a interação, a criatividade e a formação de identidade.

Como já mencionado, todas as formas de estímulos são indispensáveis em se tratando de crianças com Síndrome de Down, porém este estudo se limita a aplicação da musicoterapia.

2.6 RELAÇÃO ENTRE A MUSICOTERAPIA E O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

A definição mais recente do termo musicoterapia data de 2011 e foi trazida pela Federação Mundial de Musicoterapia (World Federation of Music Therapy):

Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos constituintes, ritmo, melodia e harmonia, por um(a) musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento.

Para cada área de atuação profissional a música possui um sentido diferenciado. A música não tem a mesma significação para o músico e o musicoterapeuta. O musicoterapeuta não tem a intenção que o seu paciente/cliente saia do atendimento como um músico, mas dará valor a cada som produzido por ele, a cada sussurro, a

cada grito ou ruído manifestado, tendo consciência de que tudo é expressão e precisa ser valorizado.

De acordo com Leinig (2009), é importante que o musicoterapeuta use a sua imaginação durante as atividades a fim de torna-las atraentes e desejáveis.

Uricoechea (1997) investiga a possibilidade de criação de uma ampliação do “setting” musicoterapêutico através da construção de objetos sonoros e da exploração de seus sons.

Os sons, quando chegam aos ouvidos são convertidos em impulsos que percorrem os nervos auditivos até o tálamo, região do cérebro que é considerada a estação central das emoções, das sensações e dos sentimentos. Os impulsos provocados pela música no cérebro repercutem em todo o corpo e podem ser detectados pelas novas técnicas de escaneamento cerebral e neuroimagem.

Vale destacar que musicoterapia não se confunde com educação musical. Com bases científicas solidamente construídas e reconhecidas a partir do século XX, a Musicoterapia é uma área de conhecimento baseada em um processo sistemático de intervenção, no qual o terapeuta auxilia o cliente a promover a saúde, utilizando como ferramenta as experiências musicais (BRUSCIA, 2000). Cabe ao terapeuta, conceber, esboçar e analisar as formas com que o cliente experimenta a música, seja por meio da escuta, do improviso, da recreação ou da composição musical.

Desta maneira, não é necessário que o musicoterapeuta seja, obrigatoriamente, um exímio instrumentista ou cantor, porém, é importante que conheça bem os elementos que constroem a música como melodia, harmonia, timbre e andamento, entre outras, e seus possíveis efeitos sobre o ser humano (LOURO, ALONSO & ANDRADE, 2006).

Diferente da musicoterapia, a educação musical visa a aquisição de algum conhecimento musical pelo aluno, e não, o melhoramento da saúde.

Apesar de a musicoterapia se apresentar como uma forma complexa de estímulo em uma primeira leitura sobre o assunto, os administradores e gestores dos direitos públicos não devem descartá-la de pronto.

Diferente do que ocorre com outras formas de estímulo, bastaria um único profissional musicoterapeuta para atender todas as crianças de uma escola, por exemplo, tendo em vista que, conforme se verá, as técnicas são bem simples, podendo ser aplicadas pelas famílias, restando ao musicoterapeuta auxiliar e realizar avaliações periódicas.

Para que se compreenda as técnicas de estímulo, basta visualizá-las como exercícios estimuladores de algum dos órgãos sensoriais afetados pela síndrome, não sendo, portanto, um rol exaustivo e, sim, meramente exemplificativo.

Normalmente as crianças com síndrome de Down apresentam déficit de “memória visual” (dificuldade em guardar memórias vistas), isso se dá pelo fato de que a memória visual e a atenção estão diretamente ligadas a capacidade de reter informações recebidas pela visão e a criança com Down tem dificuldades relacionadas a essa habilidade.

Assim, totalmente importante que se estimule outro órgão sensitivo para que através dele a criança desenvolva a capacidade de armazenar e reconhecer o que já foi visto/vivenciado.

Neste momento que a musicoterapia se apresenta simples, uma vez identificada o déficit da criança pelo musicoterapeuta e definida a área de estímulo, a próxima fase é uma divertida brincadeira.

Para o estímulo da atenção auditiva pode-se utilizar jogos, introduzindo ritmos para que a criança volte sua concentração no som repetido e, assim, desenvolva a memória e a atenção.

Uma ideia seria a de utilizar batidas fortes e fracas, rápidas e lentas, para que a criança acompanhe com passos ou palmas. Aconselha-se a utilização de canções infantis, tendo em vista que este tipo de música geralmente atrai as crianças.

Lefèvre (1981), propôs uma programação para jogos de expressão livre, preparando a criança para a conscientização de seu esquema corporal e para as possibilidades de seus movimentos. O ideal dos exercícios é fazer com que a criança se movimente, trabalhando o corpo, sentindo sua postura e equilíbrio.

Uma abordagem que tem se destacado é o Coro Terapêutico, que foi utilizado e definido inicialmente no trabalho com idosos. No caso específico de criança com síndrome de Down, através do Coro Terapêutico pretende-se que a criança possa ter vez e voz no que tange ao reconhecimento do seu próprio espaço.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo encontra-se retratada a metodologia utilizada, trazendo especificações importantes para o andamento da pesquisa, tais como o contexto familiar da criança, o ambiente de trabalho, os profissionais envolvidos e a programação das atividades.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo Robert Yin (2001), os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo 'como' e 'porque', quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco se concentra em fenômenos contemporâneos inseridos e algum contexto da vida real.

O estudo de caso contribui de forma inigualável para compreensões dos fenômenos individuais, organizacionais e políticos. Não surpreendentemente, o estudo de caso vem sendo uma estratégia comum de pesquisa na psicologia, na sociologia, na ciência política, na administração, no trabalho social e no planejamento (YIN, 1983).

Apesar de ser este trabalho um estudo único, que estuda apenas uma criança, seu valor está nas questões que lidam com o desempenho individual.

Acreditava-se que os estudos de caso eram apropriados apenas às fases exploratórias de uma pesquisa e que os experimentos eram a única maneira de se fazer investigação causal. Os levantamentos de dados e as pesquisas históricas ficariam restritas às fases descritivas.

Com o tempo, os estudos de caso deixaram de ser apenas uma estratégia exploratória, passando também a integrar as fases descritivas e explanatórias.

Assim, o que indica a estratégia a ser adotada é o tipo de questão proposto, a extensão de controle que o pesquisador tem sobre os eventos comportamentais efetivos e no grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos.

Na presente pesquisa, quando analisamos a forma da questão de pesquisa encontramos em um primeiro momento os seguintes questionamentos: 'quem', 'o que', 'onde', 'quantos', questionamentos estes respondidos de forma descritiva através de levantamento de dados bibliográficos. A partir daí surgem outros dois questionamentos: 'como' e 'por que', estes dois apenas respondidos através de um estudo de caso.

Diferente do que acontece na fase de levantamento, o estudo de caso lida com ligações operacionais que necessitam serem traçadas ao longo do tempo em vez de serem tratadas como meras repetições ou incidências.

Desta forma, esta pesquisadora optou para primeira fase do trabalho por um levantamento bibliográfico, passando, posteriormente, ao estudo de caso de forma explanatória, isto é, buscando novas informações e conclusões sobre o tema.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O primeiro ponto levado em consideração era justamente que se tratasse de uma criança, uma vez que os principais apontamentos direcionam a importância do estímulo ocorrer nos primeiros anos de vida. A criança foi escolhida dentro de um grupo de crianças em situação de risco no local denominado 'lixão' no bairro liberdade, cidade de São Mateus/ES.

Nas mediações do lixão havia ainda outra criança com Síndrome de Down com idade aproximada de dois anos, porém, apesar de muito insistirmos para incluí-la na pesquisa, foi enfaticamente negado pelos pais por medo de perderem o benefício LOAS – Benefício da Prestação Continuada.

O segundo ponto foi quanto à disponibilidade e flexibilidade de horários para estar participando das sessões. O contato foi feito com uma prima da mãe da criança, que trabalha como cuidadora durante todo o dia e se dispôs a levar e trazer a criança nos dias e horários agendados.

A criança escolhida vem de uma situação de total pobreza, não tendo recebido qualquer tipo de atenção voltada a sua especialidade antes do presente projeto. Nunca frequentou escolas. A prima/cuidadora informou que conversou com os pais sobre uma possível matrícula na APAE da cidade, porém, optaram por não permitir por acreditarem que seria apenas 'perda de tempo'.

Durante a pesquisa não houve contato com os genitores da criança, pois estes trabalham como catadores de lixo, só retornando a residência no período da noite. A ideia inicial do projeto era que fosse vinculado ao projeto apenas o profissional musicoterapeuta que auxiliaria nos trabalhos. Para tal, foi feito contato com um músico formado pela FAMES (Faculdade de Música do Espírito Santo) com especialização em musicoterapia, porém, por motivos pessoais foi impelido a abandonar o projeto.

Como o plano de trabalho já havia sido traçado, bem como o estudo e opção por como seria a abordagem esta pesquisadora, que é pianista, optou por prosseguir com o trabalho com o auxílio de uma pedagoga e de uma psicóloga.

A pedagoga, Valquíria Antonieta de Souza Gagno Campagnaro, tem formação inicial em matemática pela Universidade Federal do Espírito Santo. Posteriormente, formou-se em Pedagogia com especialização em Supervisão Escolar pela Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Colatina.

Em sua carreira acadêmica atuou como pedagoga na rede pública estadual durante aproximadamente 20 anos. Hoje, após formar-se em Direito pela Unesc, leciona nesta Instituição de Ensino em que esta pesquisadora busca o título de mestre.

Durante os 20 anos em que atuou na rede pública, adquiriu vasta experiência com crianças que vivem em situação de risco, bem como encabeçou projetos de inclusão destas crianças com o meio escolar.

A psicóloga, Bruna Carvalho Chaves, apesar de recém formada pela Faculdade Multivix de Nova Venécia, fez estágio por muito tempo com crianças que apresentam algum tipo de anomalia na cidade de Mantena/MG.

Assim, a pedagoga esteve responsável pelas sessões e a psicóloga participou de todas como observadora no intuito de avaliar também os impactos sociais negativos ao redor do projeto.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

As sessões foram realizadas em sua sala de música, onde a pesquisadora trabalha. A sala possui dimensões de 4m x 4m, duas janelas e isolamento acústico. As paredes são cinza por conta do material utilizado no isolamento das paredes. O piso é branco. A sala possui duas portas, uma de acesso ao banheiro e outra ao quarto da pesquisadora. Como instrumentos musicais conta com um piano, dois violões, pandeiro, cavaquinho e flauta doce.

3.4 DESENVOLVIMENTO

O projeto foi dividido em três etapas: fase inicial, fase intermediária e fase final. Cada uma das etapas será descrita a seguir e tem importância fundamental no processo.

A fase inicial foi destinada a introduzir e familiarizar a criança com o ambiente musical (duas sessões). Na segunda fase introduziram-se atividades motoras e sensoriais através da música (oito sessões). A fase final foi denominada 'livre', isto é, a criança teria liberdade de escolher a música principal e a atividade que mais lhe agradou nas sessões anteriores (duas sessões).

A pesquisa foi programada para realizar-se no período de três meses, com uma sessão semanal, totalizando 12 sessões, estando estas detalhadas na tabela II – roteiro das sessões e atividades desenvolvidas.

Na primeira sessão, antes de dar início aos trabalhos, a pessoa responsável pela criança colaborou com o preenchimento da ficha terapêutica, enquanto a pedagoga fez um primeiro contato com a criança e anotou os pontos relevantes. Ao final das doze sessões seria realizado o questionário final e fechamento dos atendimentos.

3.4.1 Roteiro de Trabalho

O roteiro das sessões variou de acordo com a etapa. A tabela abaixo demonstra a programação das atividades a serem desenvolvidas.

Fase inicial	1ª sessão	-Preenchimento da ficha terapêutica Aplicação do questionário inicial <u>Objetivo:</u> Conhecer o paciente e o meio em que está inserido.
	2ª sessão	Identidade musical – identificação dos gostos musicais da criança <u>Objetivo:</u> Inserir o paciente no ambiente musical, fazendo com que tenha afinidade com as sessões.
Fase intermediária	3ª sessão	<u>Abertura:</u> música de ‘boas vindas’ <u>Atividade:</u> Gravuras referentes a música principal. <u>Fechamento:</u> música de ‘até logo’ <u>Objetivo:</u> com as atividades de abertura e fechamento (que se repetirão nas sessões posteriores) objetivou-se contextualizar as relações diárias do paciente, criando nele o aprendizado quanto as formalidades sociais, bem como que desenvolve-se a sensibilidade quanto ao início e termino dos contatos com outras pessoas. A atividade principal objetivou estimular a memória visual da criança.
	4ª sessão	<u>Abertura:</u> música de ‘boas vindas’ <u>Atividade:</u> Brincadeira motora baseada na música principal.

		<p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: avaliar e estimular a motricidade do paciente.</p>
	5ª sessão	<p><u>Abertura</u>: música de 'boas vindas'</p> <p><u>Atividade</u>: Atividade de estímulo à atenção com tambor</p> <p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: através da atenção obter o aprendizado.</p>
	6ª sessão	<p><u>Abertura</u>: música de 'boas vindas'</p> <p><u>Atividade</u>: Cirandas com pessoas presentes na sessão</p> <p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: socializar o paciente para que, agora inserido em um outro meio, experimenta-se uma nova experiência de interação no meio interno com o meio externo e, assim, aprende-se a comporta-se como criança.</p>
	7ª sessão	<p><u>Abertura</u>: música de 'boas vindas'</p> <p><u>Atividade</u>: Brincadeira com a cadeira disposta em diversos cantos da sala</p> <p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: trabalhar dentro de uma mesma atividade mais de uma área inserida no campo do desenvolvimento cognitivo</p>
	8ª sessão	<p><u>Abertura</u>: música de 'boas vindas'</p> <p><u>Atividade</u>: Completar a letra da música</p> <p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: estimular a atenção, memorização e a fala</p>
	9ª sessão	<p><u>Abertura</u>: música de 'boas vindas'</p> <p><u>Atividade</u>: Desenhar – Aquarela do Brasil</p> <p><u>Fechamento</u>: música de 'até logo'</p> <p><u>Objetivo</u>: estimular a motricidade, a atenção</p>

		e a memorização
	10ª sessão	<u>Abertura</u> : música de ‘boas vindas’ <u>Atividade</u> : Música de higiene pessoal <u>Fechamento</u> : música de ‘até logo’ <u>Objetivo</u> : Estimular o aprendizado através da memória musical
Fase Final	11ª sessão	<u>Abertura</u> : música de ‘boas vindas’ <u>Atividade</u> : Livre <u>Fechamento</u> : música de ‘até logo’ <u>Objetivo</u> : Dar liberdade para que o paciente pudesse criar, estimulando assim a criatividade, bem como a iniciativa.
	12ª sessão	<u>Abertura</u> : música de ‘boas vindas’ <u>Atividade</u> : Livre <u>Fechamento</u> : música de ‘até logo’ <u>Objetivo</u> : Dar liberdade para que o paciente pudesse criar, estimulando assim a criatividade, bem como a iniciativa.

Tabela I – roteiro das sessões, atividades desenvolvidas e objetivos

Apesar de na fase final a ‘brincadeira’ ser livre, a abertura e o fechamento não foram excluídos para que a criança tenha a ideia de saudação ao chegar e ao sair.

As músicas da abertura e do fechamento foram as mesmas em todas as sessões.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para análise de dados levou-se em consideração o método fenomenológico, fazendo-se o cruzamento entre os dados do fenômeno e a fundamentação teórica relacionada à Musicoterapia e a Psicologia Cognitiva.

A palavra fenomenologia surgiu a partir do grego *phainesthai*, que significa ‘aquilo que se apresenta ou que se mostra’, e *logos* é um sufixo que quer dizer ‘explicação’ ou ‘estudo’.

A ideia central da pesquisa foi demonstrar que mesmo se tratando de uma criança em situação de risco social com déficits inerentes a anomalia causadora da

Síndrome de Down, seu contato e percepção do meio em que está inserida influem e interferem de forma positiva ou negativa em seu desenvolvimento.

A introdução da musicoterapia apresentou a criança um meio condizente a sua faixa etária de desenvolvimento. Assim, este trabalho baseou-se na fenomenologia para entender a vivência do paciente no mundo em que vive e como percebe o mundo a sua volta antes, durante e após as sessões de musicoterapia, ponderando a importância deste contexto no desenvolvimento cognitivo desta criança.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentamos os resultados da pesquisa, dialogando com os referenciais apresentados. Fizemos opção por apresentar e discutir cada encontro, na ordem realizada.

4.1 PRIMEIRO ENCONTRO – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Guerra (2003) ressalta a importância de ter sempre claros os objetivos, devendo ser progressivos, sem pular fases.

Desta forma, só é possível planejar a evolução esperada e a forma de trabalho, bem como técnicas a serem utilizadas, conhecendo o paciente. Ainda segundo GUERRA (2003), o espaço terapêutico é da criança; por ela nós estamos ali, em função dela deveremos pensar as propostas, direcionar o atendimento, o tratamento, sempre para ela.

Para que o terapeuta entenda e programe as fases de abordagem, inicia-se o trabalho com uma boa ficha terapêutica (anexo I).

Como esta pesquisadora não é psicóloga e nem musicoterapeuta, contou com a colaboração de uma psicóloga e uma pedagoga convidadas. Por meio da análise das respostas obtidas foi possível construir um roteiro para as sessões.

Em um primeiro momento, importante salientar que quem respondeu o questionário não foi nenhum dos pais do paciente, mas uma prima da mãe com quem a criança habitualmente passa o dia. Por este motivo não há termo de consentimento e, conseqüentemente, as informações pessoais do paciente, tais como nome, nome dos pais, endereço, telefone, foram preservadas.

Da ficha extrai-se que o paciente foi diagnosticado com Síndrome de Down desde o nascimento, tendo hoje 04 anos de idade. Contudo, não passou por qualquer avaliação ou tratamento até o presente momento.

A gestação foi barulhenta, a mãe frequentou bailes funk durante quase toda a gestação. Os maiores contatos musicais da criança foi com músicas de conteúdo adulto. É o filho mais novo da família, tendo oito irmãos, todos de pais diferentes. Não conhece o pai.

Dois de seus irmãos tocam cavaquinho e têm o instrumento em casa. Não há na residência ou em outros locais que a criança frequenta instrumentos de brinquedo.

Enquanto a psicóloga conversava com a pessoa responsável pela criança e preenchia a ficha terapêutica, a criança ficou na sala onde seriam realizadas as sessões na companhia da pedagoga.

Ao final deste primeiro encontro a profissional respondeu o questionário inicial (anexo II), merecendo destaque as seguintes observações:

De início analisando este primeiro encontro e as respostas apresentadas na ficha terapêutica, a criança está inserida em um contexto social de risco, isto é, um contexto onde na maioria das vezes não há incentivo ou estímulo para que criança seja criança e tenha suas fases de desenvolvimento respeitadas, o que se agrava em uma criança com Síndrome de Down. Assim, sugiro que o trabalho se volte principalmente a apresentar a esta criança, através da música, o universo infantil.
Pedadoga¹

Desta primeira análise trazida pela pedagoga claramente se observa a interferência do meio nas fases iniciais de desenvolvimento das áreas integrantes do campo do desenvolvimento cognitivo, interferindo assim no processo de aprendizagem, uma vez que esta abrange os hábitos que formamos e a assimilação de valores culturais ao longo do processo de socialização.

De acordo com artigo publicado no site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, autoria desconhecida, a situação de risco se faz presente quando uma criança ou adolescente está com seus direitos fundamentais violados ou ameaçados de lesão. Pode ocorrer por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta,

¹ Toda vez que aparecer uma citação com recuo, itálico e justificado à direita, significa que esta é fala de algum entrevistado ou mesmo relato de algum participante da pesquisa.

omissão ou abuso dos pais ou responsável e em razão da própria conduta da criança e do adolescente.

Analisando o primeiro contato com a criança, claramente se observa que a fase gestacional e a primeira infância restaram totalmente prejudicadas, havendo violação de direitos fundamentais desta criança.

Como foi salientado no momento de referencial bibliográfico aprendizagem e desenvolvimento não entram em contato pela primeira vez na idade escolar (...), mas estão ligados entre si desde os primeiros dias de vida da criança (Vygotsky, 1988).

Na divisão da vida em ciclos feita por Feldman et. al. (2013) apresentada no capítulo 2 deste trabalho, no período pré-natal que vai da concepção ao nascimento é onde ocorre o início do desenvolvimento cognitivo com as capacidades de aprender e lembrar, bem como as de responder aos estímulos sensoriais.

Alcançada a primeira infância, entre o nascimento e o segundo ano de vida, as capacidades de aprender e lembrar já estarão presentes desde as primeiras semanas de vida, e o uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas se desenvolvem por volta do final do segundo ano de vida. A compreensão e o uso da fala se desenvolvem rapidamente nesse período. Nas fases seguintes há um aprimoramento quanto à inteligência e maturidade cognitiva.

A criança objeto desta pesquisa conta com quatro anos de idade, estando, segundo Feldman (2013), no início da segunda infância. Assim, esta criança passou pelas fases consideradas mais importantes no desenvolvimento cognitivo e motor sem que tivesse qualquer estímulo essencial considerado indispensável ao desenvolvimento de qualquer criança, quanto mais estímulos específicos dos quais necessitava por ter Síndrome de Down.

Uricoechea (2003) pondera que a estimulação a quem tem Síndrome de Down deve começar nos primeiros momentos de vida, já que o diagnóstico pode ser alcançado

tão logo o bebê nasce. Ocorre que, para que isso ocorra é indispensável a participação da família, principalmente da mãe por já existir uma estimulação sonora da mãe com o bebê. No caso em estudo, a ausência constante da família no processo de desenvolvimento, bem como a criação em completo descaso social são determinantes no desenvolvimento de seus conceitos básicos, podendo interferir em sua capacidade de aprendizado. O que a musicoterapia propõe é incentivar esta relação sonora, a fim de harmonizar o ambiente com o aprendizado.

No caso em análise, conforme o relato da responsável pela criança, desde a gestação esta criança está envolta em um ambiente conturbado e inadequado sonoramente, não conhecendo sequer o que seriam as músicas infantis. O paciente chegou ao ambiente escolhido para desenvolvimento da pesquisa alegre e em um primeiro contato demonstrou carisma.

O trabalho desenvolvido levou em consideração a análise e sugestão da pedagoga, definindo para o segundo encontro uma apresentação de cantigas infantis para que pudessemos analisar a afinidade da criança com a música, bem como trabalhar a interação terapeuta-paciente e, assim, apresentar a criança um contexto infantil voltado ao desenvolvimento das funções preponderantes na primeira e segunda infância.

4.2 SEGUNDO ENCONTRO – IDENTIDADE MUSICAL

Um dos objetivos primordiais de uma terapia é estabelecer a relação terapeuta-paciente, para que este tenha confiança e se desenvolva com prazer (LANDRINO, 2003).

Para que isso ocorra, é necessário que o paciente sinta-se a vontade com o que lhe está sendo apresentado e oferecido, não pode ser um fardo, mas sim uma divertida brincadeira que leva a uma finalidade específica.

Para Guerra (2003), o terapeuta precisa construir essa relação, essa troca, para que se tenham mais tarde outras respostas, outros pontos. Sem a relação terapêutica fortalecida, não se consegue trabalhar com a criança.

Como este trabalho busca demonstrar que é possível esta evolução através da música, foram utilizadas cantigas infantis como forma de interação e, ao mesmo tempo, foi feita a identificação do gosto musical do paciente conforme ele demonstrava mais ou menos entusiasmo com as canções.

Augusto (2011) pondera que as canções infantis devem ser usadas em andamento lento, com as palavras bem articuladas, para que sejam bem compreendidas. Este tipo de música geralmente atrai as crianças, estimulando a sua atenção e sua discriminação auditiva.

De início a criança se manteve receosa, talvez por não conhecer as canções e ainda estar em fase de interação com as profissionais envolvidas na pesquisa. Não demonstrou descontrole, violência, nem sequer chorou, apenas acompanhava com os olhos. Com o passar das canções e as brincadeiras das profissionais, o paciente se soltou rindo e correspondendo as brincadeiras.

As canções utilizadas no segundo encontro foram: 'o sapo não lava o pé', 'dona aranha', 'ciranda cirandinha', 'seu lobato', 'cai, cai balão', 'meu pintinho amarelinho', 'se você está contente' e 'marcha soldado', sendo que as que faziam referências a animais e bichos foram as que o paciente aparentemente mais se afeiçoou, sendo estas selecionadas para as próximas etapas.

Após este segundo encontro tanto a psicóloga quanto a pedagoga destacaram a alegria e carisma do paciente, bem como a carência de atenção. Ao final do encontro a criança já estava indo facilmente para o colo das profissionais. Durante as canções as profissionais faziam coreografias no intuito de chamar a atenção do paciente para elas, no início o paciente apenas acompanhava com o olhar, mas ao final já tentava participar.

4.3 TERCEIRO ENCONTRO – INTRODUÇÃO DE ‘REGRAS SOCIAIS’

Passada a fase de conhecimento e adaptação do paciente, o terceiro encontro abriu a segunda fase do trabalho, qual seja a fase intermediária. Nas duas primeiras sessões o paciente foi deixado mais ‘livre’ para que pudesse ser identificada a forma de abordagem. No terceiro encontro foi dado início as abordagens.

Primeiramente visou-se estabelecer ‘regras sociais’ para o paciente, tais como cumprimentar quando chegar ou sair de algum lugar. Para tal, foram utilizadas as canções ‘Bom dia professora’ como saudação de boas vindas e a canção ‘Foi Bom Conhecer Você’ como saudação de ‘até logo’.

Para Sampaio (1969) a criança que participa dessas atividades estará aprendendo a agir de forma adequada e madura pela sua fala e pelo seu corpo, com gestos e movimentos em sequência harmoniosa no tempo e no espaço.

As canções de saudação foram utilizadas em todos os outros encontros, sendo que a partir do quinto encontro a criança por impulso próprio pegou um tamborzinho que estava na sala e começou a tentar acompanhar.

Neste primeiro momento em contato com a técnica de músicas que fazem menção ao início e término dos contatos a criança ainda não pode identificar e relacionar a música com o contexto para o qual foi utilizada. Na visão da pedagoga:

A criança ainda não associa o ‘bem vindo’ a chegada ou o ‘até logo’ a saída, talvez por não observar isso no meio em que está inserida, mas, nos próximos encontros será possível avaliar se, ainda que não entenda o significado das palavras, consiga assimilar a memória das músicas com a receptividade da chegada e a despedida da partida.

Ao utilizar esta música o profissional terá um repertório de atividades para trabalhar estímulos com o seu paciente. O desenvolvimento dessas cognições é muito benéfico para esses pacientes (AUGUSTO, 2011).

Ainda no terceiro encontro, como atividade principal, foi utilizada uma das músicas apresentadas ao paciente no primeiro encontro, qual seja 'Seu Lobato', para atividade dinâmica que objetivou estimular a memória visual.

As canções de chegada e de despedida trabalham a memória auditiva, porém, conforme observado no item que trata dos conceitos e características das pessoas com síndrome de Down, estas costumam apresentar problemas visuais, o que afeta um dos canais de memorização.

Todo elemento capaz de produzir um movimento capaz de ser vivenciado como mensagem será para integrante dos elementos técnicos da Musicoterapia (BENZON, 1985), desta forma, faz mais sentido o que está sendo ouvido pela criança quando ela visualiza figuras associativas, facilitando a internalização dos conteúdos.

A primeira etapa da dinâmica consistiu em cantar a canção juntamente com as profissionais. Na segunda etapa a criança separou de dentro de uma caixa com várias figuras de animais (anexo 05), somente aquelas em que iam sendo cantadas.

Cantar a canção além de ajudar na memorização, teve a finalidade de trabalhar a respiração da criança já que qualquer expressão vocal torna-se impossível sem o auxílio da respiração (CHAGAS, 1997), trabalhando com isto o autocontrole sobre o próprio corpo.

Na primeira fase da atividade, qual seja, cantar a canção juntamente com as profissionais, a criança demorou a se dispor a iniciar a atividade. A acompanhante informou que a criança estava um pouco calada e parada neste dia por problemas que aconteceram em sua casa na noite anterior. Com pouco mais de 15 minutos a criança começou a interagir com as profissionais, de início rindo das onomatopeias, em seguida tentando repeti-las.

Depois de separados os animais, a criança, assim como na canção, imitou o som que cada animal emite.

Depois de conversar com a acompanhante da criança a psicóloga teceu o seguinte parecer:

No encontro de hoje o paciente demonstrou receio e desânimo quando chegou, superando tais obstáculos no decorrer da sessão. A acompanhante creditou tal postura a um fato ocorrido na noite anterior na casa da criança. Após conversa informal com a acompanhante descobrimos que o pai da criança é alcólatra e que vez ou outra chega a casa alterado quebrando os móveis da casa ou gritando. Segundo ela todas as vezes que isso acontece no outro dia o paciente está mais fechado e quieto. O paciente demonstrou carência de um ponto de referência ou segurança e talvez por este motivo o receio posterior ao acontecimento, mas, com o decorrer da sessão e a forma de abordagem acolhedora da pedagoga, o paciente se soltou, brincou, riu e alcançou um resultado bastante satisfatório. Quanto a aprendizagem, foco deste estudo, a criança conseguiu associar não apenas a memória visual, mas também a memória auditiva, uma vez que o trabalho consistia apenas em separar as gravuras dos animais que iam sendo citados na canção, mas, ao final, o paciente apontava os animais e emitia seus sons. A sessão foi bastante satisfatória apesar da interferência trazida pelo paciente.

Corroborando com o que foi destacado em capítulos anteriores, o meio social e que está inserido o paciente interferiu no estudo, uma vez que criou obstáculos para que a criança se soltasse e se predispuessesse a participar.

4.4 QUARTO ENCONTRO – ESTÍMULO MOTOR

Antes de tratarmos da atividade principal sugerida para o encontro, importante destacar a evolução do paciente na atividade de início e término das sessões. Nesta sessão algo consideravelmente diferente ocorreu: assim que foi dado início a canção de boas vindas o paciente foi até a pedagoga e lhe deu um abraço, bem como, na hora de ir embora, apesar de não dizer nada, o paciente gesticulou com as mãos dando 'tchau'.

De acordo com a pedagoga, tal evolução demonstra primordialmente que a criança sente-se a vontade no ambiente de pesquisa, bem como que começou a despertar a sensibilidade de associar a chegada e a partida. Para ela seria importante saber como tem sido a postura do paciente em casa quando alguém chega ou vai embora para que possamos avaliar se de fato o paciente desenvolveu este aprendizado ou se apenas está repetindo o que foi trazido nos encontros anteriores. Assim, sugerimos que a acompanhante observa-se trouxesse a informação na sessão seguinte.

Para que se estimule o desenvolvimento motor se faz necessário estimular os sentidos. Para isso, primeiramente a criança deve identificar o próprio corpo. Desenvolvimento motor é uma forma de educação corporal sistêmica.

Mesmo não estando com seu desenvolvimento mental organizado, a criança consegue mostrar aquilo que está trocando com o meio, o gesto é, portanto, uma ação corporal visível, pela qual um certo significado é transmitido por meio de uma expressão voluntária (RECTOR e TRINTA, 2003), assim, associar os gestos às músicas poderia contribuir para o aprendizado dos conteúdos aplicados.

Nesta etapa foram utilizadas cinco cantigas das apresentadas ao paciente no segundo encontro, quais sejam: 'O Sapo Não Lava o Pé', 'Cai Cai Balão', 'Meu Pintinho Amarelinho' e 'Se Você Está Contente'.

A 'brincadeira' consistiu em introduzir a criança nas canções para que ela acompanhasse a música identificando as partes do corpo.

Na música 'O Sapo Não Lava o Pé', todas as vezes em que era falada a palavra 'pé' a criança se agachava e encostava nos pés sem que qualquer das profissionais o orientasse a fazer isso. A criança esteve muito alegre durante a atividade e sempre soltando gargalhadas quando para instigar a percepção a pedagoga fingia errar e tocava um órgão diferente, demonstrando com isso que estava ligada no que ocorria a sua volta.

Foi utilizado um pequeno balão de papel para dinâmica com a cantiga 'Cai Cai Balão' e, após ver a profissional 'bater' com o balão nas mãos quando a música diz 'Cai cai balão aqui na minha mão', o paciente repetiu. Algo interessante aconteceu nessa fase, quando a música diz 'não cai não, não cai não, cai na rua do sabão', o paciente por impulso próprio jogou o balão pela janela.

A música 'Meu Pintinho Amarelinho' não estava no roteiro do encontro, porém, a criança se dirigiu a caixa de brinquedos e pegou a imagem do 'pato' que foi utilizado

em um dos encontros anteriores e ficou apontando para a mão sugerindo que gostaria desta canção. Sobre isso destacou a psicóloga:

A evolução mostra-se considerável, uma vez que a criança trouxe para atividade do dia uma memória de uma atividade de dias anteriores, bem como valeu-se da gravura para expressar o que queria dizer. De certa forma, a criança aprendeu a expressar-se a sua maneira.

Com a cantiga 'Se Você Está Contente' objetivou-se estimular tanto a atenção quanto a agilidade do paciente. A criança fez uma verdadeira festa durante a canção, e, igualmente com o que ocorreu na canção 'o sapo não lava o pé', a criança gargalhava quando as profissionais propositalmente erravam e batiam os pés ao invés das mãos ou vice-versa. Com isso, a criança demonstrava que não estava apenas seguindo o que as profissionais faziam, mas sim aprendendo a relacionar o que ouvia ao que tinha que fazer com seu corpo.

Para Fregtman (1989), integrar a música à terapia é integrar o corpo, porque a música é feita, dita, tocada e cantada como manifestação corporal. Apesar de a técnica ter sido utilizada em apenas um encontro, foi possível notar que o paciente foi aumentando sua desenvoltura conforme as canções iam se repetindo.

Importante destacar a segurança que a criança vem desenvolvendo durante as sessões, chegando como se sentisse que o ambiente de fato lhe pertencesse.

4.5 QUINTO ENCONTRO – ESTÍMULO A ATENÇÃO

A musicoterapia tem sido tão eficaz como técnica de estímulo a atenção que em trabalhos recentes sobre O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido apresentado como opção, senão vejamos:

A musicoterapia é uma nova modalidade de tratamento que tem mostrado sua eficácia com crianças e adolescentes com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Uma atividade musical pode ativar todas as áreas do cérebro, estimulando áreas responsáveis pela atenção, memória, concentração, relaxamento, atividade motora, emoções, entre outras. Quanto mais prazerosa a atividade, mais é ativado o cérebro e maior é a atenção. A música por despertar grande interesse e curiosidade e provocar prazer e satisfação, faz a criança ou adolescente se engajar na atividade, aumentando a atenção e participação (STEFFEN, 2011, s.p.).

Uma atividade um pouco mais complexa foi introduzida com a cantiga 'Marcha Soldado'. Foi dado ao paciente um pequeno tambor que ele deveria tocar somente em quatro momentos da canção, quais sejam: quando a música dissesse 'papel', 'quartel', 'sinal' e 'nacional'. O paciente não conseguiu desenvolver a atividade com perfeição, porém, marchou o tempo todo sem que o houvesse sido pedido.

Apesar de não ter sido 100% eficaz com o paciente, não podemos desconsiderar a atividade desenvolvida como ineficiente, tendo em vista ter sido aplicada em apenas uma sessão, provavelmente, caso houvessem mais sessões em que a técnica fosse abordada, a criança evoluiria gradativamente. Em casos de TDAH a pesquisadora concluiu:

Muitas pesquisas mostram que através da Musicoterapia, os sintomas do déficit de atenção diminuíram. Tocar um instrumento, cantar, realizar uma percussão corporal, um movimento corporal em determinado momento da música (atenção seletiva) ou jogo musical (diferenciar timbres) requer atenção, onde precisa-se estar focado para saber o momento preciso de se colocar na atividade musical. Tendo assim, a música o poder de aumentar a capacidade de atenção por sua variedade de estímulos (STEFFEN, 2011, s.p.).

Talvez em um período maior e com mais contatos a criança tivesse apresentado maiores resultados à técnica, uma vez que neste encontro a criança apresentou-se um pouco mais agitada que o normal, bem como bastante interessada no andar marchado. Estas situações, de acordo com a visão das profissionais, pode ter gerado um desvio de atenção quanto ao que estava sendo proposto e, talvez, com o passar do tempo a criança voltasse a atenção para o tambor ao passo que tornasse automática a marcha.

4.6 SEXTO ENCONTRO – ATIVIDADE DE INTERAÇÃO

As cantigas de roda, assim como os contos de fadas, alimentam a imaginação e estimulam a fantasia, oferecendo à pessoa em desenvolvimento a chance de encontrar sua própria solução para os conflitos internos neste momento da vida (BETHELHEIM, 2001).

Através da música 'Ciranda Cirandinha' foi realizada brincadeira para que a criança se soltasse com outras crianças. Para tanto, participaram da atividade as duas afilhadas da pesquisadora, a filha de uma amiga e uma prima do paciente.

Por ser o primeiro contato do paciente com outras crianças dentro de um ambiente considerado por ele como sendo dele, foi tomado o cuidado de ele já estar na sala aguardando as outras crianças. Apesar de já ter sido cantada a canção de boas vindas, assim que as crianças chegaram a canção foi tocada novamente, porém o paciente abraçou as profissionais como se não quisesse que elas dessem atenção as outras crianças. Sobre esta atitude a psicóloga ponderou:

Apesar de em uma primeira visão o fato de o paciente demonstrar ciúmes e não querer interagir com as outras crianças parecer ruim, em uma visão mais detalhada tal atitude pode demonstrar que o paciente estava interado no que acontecia a sua volta. A canção de 'boas vindas' marcava o início das sessões realizadas individualmente, ao ser tocada novamente na chegada das outras crianças a reação do paciente demonstrou que ele compreendeu que a sessão reiniciaria agora com ele tendo que dividir a atenção das profissionais. Além de ter associado a música com o termo inicial das sessões, o paciente demonstrou compreensão quanto ao que estava por acontecer e, ainda, expressou seus sentimentos quanto ao medo de perder a atenção que vinha recebendo. Em termos de aprendizagem esta atitude foi consideravelmente boa, demonstrando a evolução do paciente na interação do meio interno com o meio externo.

Para que o paciente se sentisse a vontade em interagir com as outras crianças optou-se por fazer fluir de forma natural, isto é, não colocar como um problema a dificuldade de interação, mas sim realizar as brincadeiras o inserindo para que sentisse que não seria abandonado em favor das outras crianças, mas sim inserido.

Foi feita uma roda com as crianças e iniciada a ciranda, respeitando o momento da música que diz 'vamos dar a meia volta, volta e meia vamos dar', quando todos deveriam inverter o giro da roda.

A criança primeiro ficou entre duas professoras que deram as mãos as outras crianças, depois uma professora saiu e em seguida a outra, restando apenas as crianças na roda. Apesar de ter demonstrado se divertir e executar bem a brincadeira, o paciente procurava sempre olhar para uma das profissionais, demonstrando insegurança.

No segundo momento do encontro as crianças brincaram de 'passa anel', o anel ia seguindo até que a música acabasse e o paciente devia descobrir com quem estava. A dinâmica foi toda gravada, mas por não ter o termo de consentimento dos pais das crianças não será possível anexar ao trabalho. Nesta dinâmica o paciente teve uma leve dificuldade para entender a brincadeira, mas logo depois, apesar de não acertar com quem estava o anel, entendeu a brincadeira e ria quando as outras crianças abriam as mãos sem nada dentro. De forma singela as risadas demonstraram que estava começando a se sentir mais a vontade na presença das outras crianças.

Segundo Yalom (2006), a necessidade de fazer parte é inata em todos nós. A afiliação no grupo e o apego no cenário individual tratam dessa questão. Os grupos de terapia produzem um circuito de autorreforço positivo: confiança, autorrevelação, empatia, aceitação, etc.

4.7 SÉTIMO ENCONTRO – MEMORIZAÇÃO

Memorizar em um conceito literal seria o ato ou efeito de conservar na memória. Como foi demonstrado em momento de referencial teórico, as pessoas com Síndrome de Down não são incapazes de aprender ou desenvolver-se, como qualquer pessoa são aptas ao desenvolvimento, desde que recebam o estímulo necessário.

Em levantamento feito por Gimenez (2012) sobre jovens com síndrome de Down que chegaram à universidade, a pesquisadora analisou 18 estudantes com Síndrome de Down que estariam no ensino superior. Para os educadores e pais, esse avanço só foi possível graças à inclusão.

Esses dados comprovam que com o estímulo essencial correto é possível superar os déficits provocados pela anomalia e alcançar uma maior qualidade de vida. Um dos principais impedimentos é a dificuldade de memorização como consequência do déficit de atenção.

A atenção e a memorização estão ligadas, a capacidade de memorizar aumenta com o aumento da capacidade de concentrar-se. Por este motivo, a atividade proposta requeria atenção do paciente em seu desenvolvimento, mas também possibilitou avaliarmos a capacidade de armazenar na memória informações de atividades já realizadas.

Uma sugestão trazida por Steffen (2011) é utilizar o ritmo e suas pausas para que ao tentar enquadrar-se no tempo e espaço da música o paciente utilize a memória armazenada e atue atentamente. Para Steffen (2011), a música é feita de início, meio e fim, há uma ordem temporal, uma sequência a ser respeitada, que é trabalhada incentivando o paciente a entoar e tocar as músicas do início ao fim, respeitando sua estrutura. O ritmo é feito de som e silêncio (pausas). Atividades de corte como parar em determinado momento da música ou seguir uma demanda em determinado momento, trabalham o freio inibitório, permitindo uma organização no tempo e deparando-se com os limites do corpo.

Todas as cantigas que já haviam sido utilizadas em outras atividades em dias anteriores foram repassadas com o paciente algumas vezes para que posteriormente ele completasse a canção quando a profissional parasse de cantar.

A criança acertou a letra na maioria das vezes e quando não acertou fez referência com gestos. Demonstrando que houve uma memorização, o que, segundo as profissionais, corrobora com a visão de que o Down é totalmente apto a aprendizagem uma vez que com o estímulo correto pode desenvolver todas as áreas integrantes do processo de desenvolvimento cognitivo.

Neste encontro a acompanhante da criança informou que a criança tem estado mais contente em casa e que abraça as pessoas que chegam e acena com 'tchau' quando vão embora.

Assim, possível deduzir que as atividades de socialização acopladas com as atividades de memorização tem surtido um efeito positivo quando ao aprendizado e se mostrado eficaz como processo de aprendizado.

4.8 OITAVO ENCONTRO - ATENÇÃO E AGILIDADE

Em decorrência do déficit de concentração, pessoas com Síndrome de Down normalmente apresentam dificuldade em realizar duas tarefas ao mesmo tempo.

Matéria de autoria desconhecida trazida pelo site INCLUSO aponta ao fato das crianças com Síndrome de Down não se adaptarem bem a atividades informais e tarefas informais, sem nenhum tipo de ritual ou regra. Adaptá-las a rotinas e atividades devidamente estruturadas ajuda a manter a atenção em algo por maior período de tempo.

Assim, associar dois estímulos em uma mesma atividade, de forma estruturada e delineada, ativa o raciocínio lógico da criança, fazendo com que desenvolva a habilidade de concentrar-se em mais de uma tarefa.

A brincadeira consistia em correr para uma das cadeiras dispostas na sala quando a música parasse, sentar-se e imitar o som do animal em que parou a canção. A música utilizada foi 'Seu Lobato' com a qual o paciente já tinha familiaridade.

No início da brincadeira o paciente mostrou dificuldade em locomover-se até as cadeiras. Apenas emitindo o som dos animais no local onde se encontrava quando a música parava. A pedagoga então pegou na mão do paciente e quando a música era interrompida o levava até a cadeira e dizia que ele então podia emitir o som. Fez isso por quatro vezes, a partir daí o paciente começou a acertar a brincadeira sozinho.

Neste encontro, mais uma vez, possível verificar que o paciente guardou uma memória sobre a música, bem como sobre os sons emitidos pelos animais a que a música faz referência, demonstrando uma capacidade de aprendizado. Neste sentido o parecer da pedagoga:

Na proposta de hoje a intenção era constatar a capacidade de memorização do paciente, bem como a possibilidade de associá-la a uma outra forma de estímulo no intuito de estimular o raciocínio, fazendo com que o paciente não apenas decore o que lhe tem sido trazido, mas, pense sobre e ai sim

memorize. O paciente demonstrou ter memorizado bem os sons e a relação destes sons com os animais citados na música, tendo um pouco de dificuldade com uma atividade nova. Porém, ao ser guiado até a cadeira, compreendeu e passou a acertar a atividade. Possível concluir que, diferente do primeiros encontros, nasceu no paciente o medo de errar, isto é, a ideia de entender antes de fazer. Fez o que tinha segurança, que era a parte memorizada, mas o que era novo esperou que alguém lhe demonstrasse. Num contexto de análise de aprendizagem, podemos considerar que o paciente está não só desenvolvendo os meios que levam ao aprendizado, mas também aprendendo.

Desta forma, possível constatar o que esta pesquisadora trouxe no início do trabalho: aprender é diferente de decorar, a memorização é uma das áreas envolvidas no processo de aprendizagem.

4.9 NONO ENCONTRO – COORDENAÇÃO MOTORA E ATENÇÃO

Aspectos psicomotores dizem respeito à capacidade de ação, reação motora em conjunto com habilidades psíquicas específicas resultando no processo de relação da criança com o meio e com ela mesma (BIBAS, 2013).

A ideia é relacionar as funções cognitivas com as funções motoras, de forma que o paciente consiga realizar o que ele intimamente mentaliza.

Com a canção ‘Aquarela’ (Anexo 06) buscou-se chamar a atenção da criança para uma música mais complexa e, ao mesmo tempo, trabalhar vários sentidos.

A atividade consistiu em passar a canção com a criança e, após ouvir e dançar algumas vezes, foi dado a criança giz de cera e papéis para que ele desenhasse o que lembrava da música enquanto a profissional continuava a tocar bem ‘baixinho’.

Conforme se observa no desenho (Anexo 08), apesar de não lembrar de muitas coisas, o paciente desenhou sempre com as cores certas.

Deficiência mental é um atraso na adaptação ao aprendizado, ao convívio social e as funções motoras (BELISÁRIO, 2006). Crianças com Síndrome de Down apresentam alterações severas de aquisição de conceitos de tempo, espaço e que

suas dificuldades muitas das vezes são decorrentes do comprometimento da memória auditiva, da linguagem e do psicomotor.

No entanto, os aspectos individuais devem ser respeitados independente de a criança ter alguma deficiência ou não. A aprendizagem será decorrente da motivação, interesse, ritmo pessoal e de suas características de personalidade em conjunto com a família e o meio social.

Atualmente sabemos que os indivíduos com Síndrome de Down podem alcançar nível intelectual avançado, mas, sem dúvida, devemos ter consciência da colaboração do meio social e cultural que o indivíduo esta inserido.

De acordo com as Orientações curriculares para Educação Infantil/Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (2007),

As pesquisas que vêm sendo realizadas sobre o desenvolvimento humano têm apontado é que a criança é um sujeito competente, ativo e agente de seu desenvolvimento. Nas interações com parceiros de seu meio, em atividades socioculturais concretas, as crianças mobilizam seus saberes e suas funções psicológicas ao mesmo tempo em que o modificam.

Apesar de a criança não ter tido qualquer estímulo anterior, sabia identificar as cores, bem como sabia relacioná-la a figura que a música fazia referência. Aparentemente, após esta atividade, a criança tem um nível menos acentuado da Síndrome, visto que apresentou sempre resultados consideráveis dentro do contexto histórico e atual em que está inserido. Com o dispêndio da atenção necessária, certamente, apesar de ter iniciado tardiamente, superaria os obstáculos consequentes da anomalia.

4.10 DÉCIMO, DÉCIMO PRIMEIRO E DÉCIMO SEGUNDO ENCONTRO

A criança não compareceu ao décimo encontro e, ao fazer contado com a prima que vinha acompanhando a criança, fomos informados de que a família havia mudado de município e que o estudo não prosseguiria.

O último contato com a criança foi na nona sessão e, por ainda faltarem três sessões, as profissionais não fizeram a avaliação final e nem preencheram a ficha

de encerramento. Contudo, dentro do que foi desenvolvido, possível traçar os seguintes comparativo entre o dia de início e o último encontro:

Apesar de não haver encerrado o que foi inicialmente planejado, através do estudo foi possível constatar a evolução do paciente quanto a sua capacidade de aprendizado. Desde o primeiro encontro o paciente respondeu muito bem às atividades propostas, vindo nos últimos dois encontros a apresentar boa memória sobre atividades anteriores. O contexto familiar no qual está inserido o paciente talvez seja um limitador maior que a Síndrome de Down, uma vez que em termos de aprendizagem, com os estímulos ideais, o paciente não demonstrou quaisquer empecilhos ou dificuldade maiores do que as que tem qualquer criança.
Psicóloga

O estudo pedagógico é amplo e sistêmico, carecendo de um período maior para uma análise mais concisa sobre o real quadro do paciente uma vez que o contexto social em que esta inserido impede até mesmo uma avaliação sólida. A criança inserida em um contexto de risco tem que vencer diariamente obstáculos que bloqueiam seu desenvolvimento. Apesar de o paciente estar inserido neste contexto, conseguiu se desligar e criar um ambiente mental, ainda que por poucas horas diárias, propicio a seu desenvolvimento. O paciente chegou ao primeiro encontro sem nunca ter ouvido canções infantis, sem se quer conhecer o aceno 'tchau'. Encerrou a última sessão sabendo identificar o termo inicial de um contato e o termo final, com a capacidade de memorização aparentemente normal e iniciando um processo de socialização com outras crianças. Numa avaliação objetiva, o paciente apresentou consideráveis evoluções em sua capacidade de aprendizado.
Pedagoga

Interromper o estudo provavelmente acarretará em prejuízos a criança, tendo em vista a relação de confiança e segurança que o paciente já havia desenvolvido com as profissionais. Mas, mais que isso, a ausência dos estímulos prejudicará a capacidade de aprendizado da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criança em qualquer fase de sua infância é um ser dinâmico, tenha ela ou não Síndrome de Down, não devendo ser tratada como 'retardada', mas, sim, com especial atenção para que atinja a seu tempo o desenvolvimento.

Estimular a criança com Down é essencial para que ela chegue à fase adulta com seu desenvolvimento psicomotor completo. Vale dizer que, ainda que a pessoa com Down não tenha as habilidades de pessoas sem Down, isso não significa dizer que são pessoas sem habilidades ou sem a capacidade de desenvolvê-las.

A Constituição Federal e o ordenamento jurídico brasileiro advertem expressamente quanto aos direitos inerentes a cada cidadão. Porém, apesar da Constituição afirmar que todos são iguais perante a lei, essa igualdade tem que ser real e não formal. Tratar todos de forma igual quando estamos diante de pessoas com peculiaridades diferentes é o mesmo que diferenciá-las, só havendo uma real igualdade quando tratamos os iguais de forma igual e os desiguais de forma desigual na medida de sua desigualdade.

Este trabalho teve por escopo apresentar a Síndrome de Down e a musicoterapia como forma de desenvolvimento de quem tem a Síndrome, bem como demonstrar a simplicidade da técnica quanto à aplicação, se tornando mais complexa apenas quanto ao direcionamento e análise dos trabalhos.

Diante do que foi levantado, conclui-se que a musicoterapia é um meio que não deve ser descartado em momento de discussão quanto à inclusão e desenvolvimento das pessoas com síndrome de Down, principalmente por sua possibilidade de trabalhos em grupos, o que garante um bom custo-benefício em se tratando de investimento público.

Foi possível demonstrar também que através da música pode-se atingir as diversas áreas que se precisa estimular em uma criança com Síndrome de Down.

Como advogada não poderia deixar de observar que, apesar de a Constituição e Leis Infraconstitucionais abordarem a inclusão, há algo muito mais amplo que tão somente prever os direitos, há que se trabalhar no sentido de torna-los atingíveis. Provavelmente a criança objeto deste trabalho não vá frequentar escolas ou qualquer outro estabelecimento de ensino, sendo, neste caso, totalmente inútil e letra morta uma lei que prevê igualdade, que não se pode cobrar valores diferenciados, etc.

Não há que se falar em um País Democrático de Direitos quando o cidadão não tem a seu dispor meios de atingir e usufruir destes direitos, temos sim um Democracia de Fachada, onde os direitos estão institucionalizados e fadados a não funcionarem.

Ao mesmo tempo que este trabalho alegrou esta pesquisadora por poder ver que uma criança, ainda que com Síndrome de Down, é um ser tão magnificamente completo e apto ao conhecimento, quanto triste porque assim como o nosso paciente quantos tantos outros estão sendo privados do direito máximo, direito humano que é, o de existir, sendo-lhes oferecido apenas sobreviver.

Para trabalhos posteriores, sugere-se a abordagem de como tem sido feita a inclusão das crianças com síndrome de Down nas escolas e se os entes públicos têm respeitado de forma efetiva o direito constitucional de amparar e fornecer meios ao desenvolvimento e, aí, apresentar a musicoterapia como opção viável.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Glauco. **Brasil tem 300 mil pessoas com síndrome de Down**. Editora G1. São Paulo/SP.

AUGUSTO, Maria Inês Couto. **Musicoterapia e Síndrome de Down**. Artigos Meloteca, 2011.

BASTOS, Ana Patrícia Beltrão. **Processo de inclusão dos portadores de Síndrome de Down**. Disponível em: <http://www.pedagogobrasil.com.br/educacaoespecial/processodeinclusao.htm> Acesso em: 17/04/2005.

BELISÁRIO. **Orientações curriculares**: expectativas de aprendizagens e orientações didáticas para Educação Infantil/Secretaria Municipal de Educação – São Paulo: SME / DOT, 2007.

BENENZON, Rolando Omar. **Manual de Musicoterapia**. Tradução: Clementina Nastari. Ed. Enelivros: Rio de Janeiro 1985

BETTELHEIM, B. **A psicanálise dos contos de fadas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Lei 13.146 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) – Brasília/DF, 2015.

BRÉSCIA, V. P. **Educação musical: bases psicológicas e ação preventiva**. PNA, São Paulo: Átomo, 2003.

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia. Tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CASTRO, Eliane M. de. **Abordagens Contemporâneas Sobre o Desenvolvimento Motor**. Mestrado em Ciências da Motricidade. Instituto de Biociências. Universidade Estadual Paulista, 2006.

COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro: musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1989.

EHRENREICH, B., & ENGLISH, D. For her own good: Two centuries of the experts' advice to woman. New York: Anchor, 2005.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA: **Nova Definição de Musicoterapia**. 3 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.musicoterapiaclinica.com.br/index.php/artigos/263-anunciaçao-da-federacao-mundial-de-musicoterapia-nova-definicao-de-musicoterapia>

FELDMAN, Ruth Duskin. et. al. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre/RS. AMGH, 2013.

FERREIRA, **Aurélio Buarque de Holanda**. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

GUERRA, Denise. Musicoterapeuta da APAE. Data da entrevista: 05/07/03.

JOLY, Ilza Zenker Leme. Educação e Educação Musical: conhecimentos para compreender a criança e suas relações com a música. In: HENTSCHKE, Liane; DEL BEM, Luciana (Orgs.). **Ensino de Música**: propostas para pensar e agir em sala de aula. São Paulo: Moderna, 2003.

KNOBEL, M. (1992). Orientação familiar. São Paulo: Papyrus.

LANDRINO, Norma. Professor 1 da Secretaria Municipal de Educação da Escola Municipal Especial Marly Fróes Peixoto, na área de Educação Musical Especial, e Musicoterapeuta da Clínica da Casa Gerontológica da Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes. Data da entrevista: 12/06/03.

LEFÈVRE, Beatriz Helena: **Mongolismo: Orientação para Famílias**; São Paulo, 2ª edição, Ed. Almed. 1988.

LEINIG, C. E. **A Música e a Ciência se Encontram: Um Estudo Integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia**. Curitiba: Juruá, 2009.

LOPEZ, A.L.L. **“A influência das músicas infantis no desenvolvimento psicomotor da criança”**. in Revista Brasileira da Musicoterapia. Rio de Janeiro: UBAM, ano III, nº 4, 1998.

MELERO, M. L. (1999). Aprendiendo a conocer a las personas con síndrome de Down. Málaga: Ediciones Aljibe.

OLIVEIRA FILHO, Ércio Amaro de. Síndrome de Down. Link: <https://www.abcdasaude.com.br/pediatria/sindrome-de-down> | Data de Acesso : 09/09/2017 - Código do Conteúdo : Artigo 393

PUESCHEL, Siegfried M. (org.): **Síndrome de Down**: Guia para pais e educadores. Série Educação Especial. 3º ed. Campinas, SP: Papyrus, 2007.

RAMALHO, Natália. **A Musicoterapia para Pacientes Portadores de Síndrome de Down**: Um Estudo de Caso – por Natália Migliari Ramalho – São Paulo: Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU, 2011.

ROVEE-COLIER, C. The development of infant memory. Current Directions in Psychological Science, 1999.

SACKS, O. **Alucinações Musicais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

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

STEFFEN, Luciana. **Musicoterapia e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. Espaço Dom Quixote, 2011.

STELLING, E. (1996). **O aluno surdo e sua família**. Seminário repensando a educação da pessoa surda Rio de Janeiro: INES, Divisão de Estudos e Pesquisa. Rio de Janeiro, p. 68.

SWAIN, I. U., ZELAZO, P. R., & CLIFTON, R. K. Newborn Infants' memory for speech sounds retained over 24 hours. *Developmental Psychology*, 1993.

URICOECHEA, A. S. **Construindo Sons e Sua Ressonâncias**. Orientador: Eduardo Passos. Conservatório Brasileiro de Música. Dissertação de Mestrado, 1997.

URICOECHEA, A.S. **Construindo sons e suas ressonâncias: uma ampliação do "setting" musicoterápico**, in *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: UBAM, ano II, nº 3, 1997, pp. 35-40.

VON BARANOW, Ana Léa Vieira Maranhão. **Musicoterapia: Uma visão Geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

VYGOTSKY, L. S. (1988). **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, p. 99.

WERNECK, Cláudia. **Sociedade Inclusiva: Quem Cabe No Seu Todos?**. Saraiva, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos – 2ª edição**; Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZELAZO, P. R. et. al. Mental Representations for visual sequences: Increased speed of central processing from 22 to 32 months. *Intelligence*, 1995.

Anexo 01 – FIXA TERAPÊUTICA

Nome:	
Naturalidade	
Sexo	
Data de Nascimento	
Quantidade de irmãos:	
Estilo musical mais presente na vida da criança:	
A criança já demonstrou afinidade por algum estilo musical?	
Os pais ou demais pessoas que residem com a criança possuem experiência com algum instrumento? Qual?	
Como foi o ambiente sonoro durante a gestação?	A gestação foi barulhenta, a mãe frequentou bailes funk durante quase toda a gestação
Tem algum som que a criança se mostra incomodada?	Não
Quais as músicas prediletas da criança?	Não soube responder
A criança tem instrumentos musicais de brinquedo?	
Canais e programas prediletos:	
Como é o ambiente sonoro que cerca a residência do cliente?	
A criança produz sons corporais?	

As informações acima foram fornecidas por:

Grau de parentesco:

Data:

Assinatura da Psicóloga:

Anexo 02 – Laudo Profissional Inicial (Pedagoga)

Neste primeiro contato com E.R.L. pude observar que o paciente chegou ‘travado’, ficando mais a vontade na ausência da responsável. Interessante apontar que, apesar da Síndrome, o paciente se expressa muito bem oralmente, tendo dificuldades motoras mais acentuadas. Aparenta ser uma criança alegre, porém sem noção de espaços e regras. Não demonstrou intimidade com instrumentos musicais infantis ou de brinquedo, pareceu desconhecer. Ao ser questionado se teria preferência por algum brinquedo pediu um aparelho celular.

De início analisando este primeiro encontro e as respostas apresentadas na ficha terapêutica, a criança está inserida em um contexto social de risco, isto é, um contexto onde na maioria das vezes não há incentivo ou estímulo para que criança seja criança e tenha suas fases de desenvolvimento respeitadas, o que se agrava em uma criança com Síndrome de Down.

Assim, sugiro que o trabalho se volte principalmente a apresentar a esta criança, através da música, o universo infantil.

Anexo 03 – Cantigas infantis

O SAPO NÃO LAVA O PÉ

O sapo não lava o pé
Não lava porque não quer
Ele mora lá na lagoa
Não lava o pé porque não quer
Mas que chulé!!!

DONA ARANHA

A Dona Aranha subiu pela parede
Veio a chuva forte e a derrubou
Já passou a chuva
O sol já vai surgindo
E a dona aranha continua a subir
Ela é teimosa e desobediente
Sobe, sobe, sobe e nunca está contente.
A Dona Aranha desceu pela parede
Veio a chuva forte e a derrubou
Já passou a chuva
O sol já vai surgindo
E a dona aranha continua a descer
Ela é teimosa e desobediente
Desce, desce, desce e nunca está contente.
A Dona Aranha subiu pela parede
Veio a chuva forte e a derrubou
Já passou a chuva
O sol já vai surgindo
E a dona aranha continua a subir
Ela é teimosa e desobediente
Sobe, sobe, sobe e nunca está contente.

CIRANDA CIRANDINHA

Ciranda Cirandinha
Vamos todos cirandar
Vamos dar a meia volta
Volta e meia vamos dar
O anel que tu me destes
Era vidro e se quebrou
O amor que tu me tinhas
Era pouco e se acabou
Por isso dona Rosa
Entre dentro desta roda

Diga um verso bem bonito
Diga adeus e vá se embora

SEU LOBATO

Seu lobato tinha um sítio, ia, ia ô!
E nesse sítio tinha uma vaquinha, ia, ia ô!
Era mu, mu, mu pra cá! era mu, mu, mu pra lá!
Era mu, mu, mu pra todo lado, ia, ia ô!
Seu lobato tinha um sítio, ia, ia ô!
E nesse sítio tinha um pato, ia, ia, ô!
Era quá, quá, quá pra cá! era quá, quá, quá pra lá!
Era quá, quá, quá pra todo lado, ia, ia ô!
Seu lobato tinha um sítio, ia, ia ô!
E nesse sítio tinha um gato, ia, ia, ô!
Era miau miau miau pra cá, era miau miau miau pra lá
Era miau miau pra todo lado ia ia ô
Seu lobato tinha um sítio, ia, ia ô!
E nesse sítio tinha um cachorro ia ia ô!
Era au au au pra cá, era au au au pra lá
Era au au au pra todo lado ia ia ô!
Seu lobato tinha um sítio, ia, ia ô!
E nesse sítio tinha uma galinha ia ia ô!
Era Pópópó pra cá era Pópópó pra lá
Era Pópópó pra todo lado ia ia ô!
Era mu mu mu pra cá
Era quá quá quá pra lá
Era miau miau miau pra cá
Era Mu Quá Miau Au Pó Pó
Era Pó Pó Pó pra todo lado ia ia ô!

CAI CAI BALÃO

Cai cai balão, cai cai balão
Aqui na minha mão
Não Cai não, não cai não, não cai não
Cai na rua do Sabão

Cai cai balão, cai cai balão
Aqui na minha mão
Não vou lá, não vou lá, não vou lá
Tenho medo de apanhar!

MEU PINTINHO AMARELINHO

Meu pintinho amarelinho
Cabe aqui na minha mão

Na minha mão
Quando quer comer bichinhos
Com seus pézinhos ele cisca o chão
Meu pintinho amarelinho
Cabe aqui na minha mão
Na minha mão
Quando quer comer bichinhos
Com seus pézinhos ele cisca o chão
Ele bate as asas,
ele faz piu piu
Mas tem muito medo
É do gavião
Ele bate as asas,
ele faz piu piu
Mas tem muito medo
É do gavião

SE VOCÊ ESTÁ CONTENTE

Se você está contente bata palmas
Se você está contente bata palmas
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente bata palmas

Se você está contente bata o pé
Se você está contente bata o pé
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente bata o pé

Se você está contente dê risada
Há há há
Se você está contente dê risada
Há há há
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente dê risada

Se você está contente grite viva
Viva!
Se você está contente grite viva
Viva!
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente grite viva
Viva!

Agora eu quero ver você
Cantando só fazendo gesto
Em silêncio

Se você está contente dê risada
Há há há
Se você está contente dê risada
Há há há
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente dê risada
Há há há

Se você está contente grite viva
Viva!
Se você está contente grite viva
Viva!
Se você está contente, quer mostrar
Pra toda gente
Se você está contente grite viva
Viva!

MARCHA SOLDADO

Marcha soldado
Cabeça de papel
Quem não marchar direito
Vai preso pro quartel
O quartel pegou fogo
A polícia deu sinal
Acode, acode, acode a bandeira nacional

Anexo 04 – canção de ‘bem vindo’ e ‘até logo’

Bom Dia Como Vai

(Eliana)

Bom dia professora como vai
Bom dia professora como vai
Faremos o possível para sermos bons amigos
Bom dia professora como vai

Foi Bom Conhecer Você

(Corinhos Evangélicos)

Amigo, a alegria em ter você aqui
Nos faz sentir vontade de cantar
E de dizer que Cristo quer lhe oferecer
A alegria de viver
Aceite-o, seu amigo Ele será
Queremos que você volte outra vez
E de novo lhe diremos que foi bom conhecer você

Foi bom, foi bom conhecer você
foi muito bom, foi bom conhecer você

Foi bom demais, foi bom conhecer você
Pra lá de bom, foi bom conhecer você.

Anexo 05 – Gravuras – ‘Seu Lobato’



Anexo 06 – Aquarela

Aquarela (Toquinho)

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo
Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva
E se faço chover, com dois riscos tenho um guarda-chuva
Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel
Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu

Vai voando, contornando a imensa curva norte-sul
Vou com ela viajando Havaí, Pequim ou Istambul
Pinto um barco a vela branco navegando
É tanto céu e mar num beijo azul

Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa e grená
Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar
Basta imaginar e ele está partindo, sereno e lindo
E se a gente quiser ele vai pousar

Numa folha qualquer eu desenho um navio de partida
Com alguns bons amigos bebendo de bem com a vida
De uma América a outra consigo passar num segundo
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo

Um menino caminha e caminhando chega no muro
E ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar
Sem pedir licença muda nossa vida
Depois convida a rir ou chorar

Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela que um dia enfim
Descolorirá

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
Que descolorirá
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo
Que descolorirá
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo
Que descolorirá