

FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS – FMU

Natália Migliari Ramalho

**A MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PORTADORES DE
SÍNDROME DE DOWN:
UM ESTUDO DE CASO**

São Paulo

2011

FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS – FMU

Natália Migliari Ramalho

**A MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PORTADORES DE
SÍNDROME DE DOWN:
UM ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada como exigência parcial
à conclusão do Curso de Pós-Graduação em
Musicoterapia, do Centro Universitário das
Faculdades Metropolitanas Unidas sob
orientação da Professora Mestre Maristela P.
Smith, co-orientação da Professora Doutora
Ivette C. J. Kairalla e co-orientação 2 do
Professor Mestre Raul J. Brabo.

São Paulo

2011

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. 35 páginas.

Trabalho de Conclusão do Curso (Pós-Graduação em Musicoterapia)

Notas

1. Musicoterapia 2. Síndrome de Down

I. Ramalho, Natália. II. Título

Natália Migliari Ramalho

**A MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PORTADORES DE
SÍNDROME DE DOWN:
UM ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada como exigência parcial
à conclusão do Curso de Pós-Graduação em
Musicoterapia, do Centro Universitário das
Faculdades Metropolitanas Unidas-FMU sob
orientação da Professora Mestre Maristela P.
Smith, co-orientação da Professora Doutora
Ivette C. J. Kairalla e co-orientação 2 do
Professor Mestre Raul J. Brabo.

Aprovado em ____ de setembro de 2011. Nota do trabalho: ____

Professora Mestre Maristela Pires Cruz Smith - Orientadora

**Professora Doutora Ivette Catarina Jabour Kairalla – Co-
Orientadora**

Professor Mestre Raul Jaime Brabo – Co-Orientador 2

Dedicação

Dedico este trabalho às pessoas que lutam diariamente ao meu lado, transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência e coragem, tornando os meus dias mais felizes e bonitos. Aos meus pais, **Carla e Eduardo** e aos meus irmãos **Júlia e Matheus**. Sem vocês eu não seria nada!

Dedico também a quatro pessoas que sempre foram e serão exemplos de caráter e dignidade, sempre presentes em minha vida: meus avós **Hélio e Neguita, Helena e Moacir**.

Vocês todos são muito especiais para mim. Amo muito todos vocês!

Especial dedicação ao meu tio **Helinho**, que prematuramente nos deixou agora em 12 de Agosto, mas tenho certeza que do céu está muito feliz com essa minha conquista.

Agradecimentos

Acima de tudo a Deus, pela vida, por estar sempre no meu caminho, iluminando e guiando às escolhas certas.

Aos meus pais: Carla e Eduardo, que foram à base de tudo para mim, apoiando-me nos momentos difíceis com força, confiança, amor, me ensinado a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los.

Aos meus irmãos Julia e Matheus, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo.

À minha orientadora Professora e Mestre Maristela Smith, que com toda a sua paciência e dedicação me acompanhou nessa minha jornada de vida, desde quando eu tinha 8 anos de idade.

À minha co-orientadora Professora e Doutora Ivette Kairalla, pela disponibilidade, pela dedicação, pela atenção e ensinamentos desde quando cursava a graduação de Musicoterapia.

Ao Professor e Mestre Raul Brabo, pela paciência, pelos ensinamentos, pela ajuda, pelo apoio e incentivo desde a graduação em Musicoterapia..

À Clínica Escola de Musicoterapia - FMU por possibilitar continuar atendendo os pacientes, entres eles, o Adriano com Síndrome de Down objeto desse estudo de caso.

À mãe e principalmente ao paciente Adriano Costa, que permitiram a realização deste meu trabalho.

Aos meus amigos da pós-graduação em musicoterapia, pelo convívio fraternal, familiar e respeitoso. Jamais lhes esquecerei!

Aos primos (Maira, João, Lú, Laurinha, Bia, Dudinha, Karina, Diego e Vinicio), tios (Mércia, Maura, Pedro, Dante) que sempre acreditaram em mim e me ajudaram no que foi preciso.

À todos, que de forma direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse realizar mais uma etapa de minha carreira profissional.

A mente humana tem habilidades incríveis.
Que você aprenda a caminhar dentro de si e
explorá-las.
E se caminhar não tenha medo de se perder.
E se perder-se não tenha medo de mudar rotas.
E se mudar, repense sua vida, mas não desista.
Dê sempre uma nova chance para si mesmo.

(Augusto Cury, 2010, p.5)

A Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Síndrome de Down: Um Estudo de Caso

Natália Migliari Ramalho*

Maristela da Cruz Smith**

Ivette Catarina Jabour Kairalla***

Resumo

O presente trabalho mostra a importância da musicoterapia para melhorar a qualidade de vida de pacientes com Síndrome de Down. Inicialmente é apresentada a história da musicoterapia, a importância da música para o ser humano, a patologia Síndrome de Down e em seguida é apresentado um estudo de caso, aplicado a um paciente de 11 anos de idade portador de Síndrome de Down, com déficit de atenção, dificuldade de comunicação verbal e de relacionamento. São apresentadas as abordagens, os processos e as técnicas musicoterapêuticas utilizadas pela signatária desse texto para atender o paciente. Destacam-se nesse processo a utilização da música, com sons instrumentais e com uma estrutura rítmica, que levaram o paciente a uma importante evolução e mudança do comportamento.

Palavras-chave: Processo Musicoterapêutico; Musicoterapia; Musicoterapia para Portadores de Síndrome de Down, Mudança do Comportamento.

(*) Aluna da turma de 2011 do curso de pós-graduação em Musicoterapia da FMU; estagiária da Clínica-Escola de Musicoterapia da FMU.

(**) Orientadora: Prof^a. Ms. Maristela P. C. Smith

(***) Co-orientadora: Prof^a. Dra. Ivette C. J. Kairalla

Abstract

This work paper presents the importance of music therapy to improve the quality of life of patients with Down Syndrome. Initially is presented the history of music therapy, the importance of music for human beings and the pathology of Down Syndrome. Then is presented a case study, applied to a 11 years old patient with Down Syndrome, that has deficit of attention, trouble with verbal communication and difficulties with personal relationship. Following, the article presents the approaches, processes and techniques used by the music therapist signatory of this text to suit this specific patient. Stand out in this case the use of music, with instrument sounds and a rhythmic structure, which led the patient to an important improvement, evolution and behavior change.

Keywords: Process of Music Therapist, Music Therapy, Music Therapy Applied to Down Syndrome Patients, Behavior Change.

Sumário

	Pag.
1 – Introdução.....	11
2– História e Definições.....	12
3 – A Música e o Ser Humano.....	14
4 – Síndrome de Down.....	18
5 – A Musicoterapia e o Portador de Síndrome de Down.....	21
6 – A Metodologia Musicoterapêutica Aplicada.....	23
7 – O Estudo de Caso.....	25
7.1 – O Paciente.....	25
7.2 – O Tratamento Musicoterapêutico.....	27
7.2.1 – Primeira Fase – O Vínculo Terapeuta-Paciente.....	27
7.2.2 – Segunda Fase – A Identidade Pessoal.....	28
7.2.3 – Terceira Fase – Os Limites.....	29
7.2.4 – Quarta e Última Fase – Organização e Responsabilidade.....	29
8 – Considerações Finais.....	30
 Referências Bibliográficas.....	 32
Anexo 1 (Termo de Consentimento).....	34
Anexo 2 Currículo.....	35

Introdução

O presente trabalho mostra a importância da musicoterapia para melhorar a qualidade de vida de pacientes com Síndrome de Down.

No capítulo 2 é apresentada a história da musicoterapia, desde os seus primórdios até o presente momento, seus autores e diversas definições, permitindo uma visão geral do assunto que será relatado adiante. Destaca-se que a música desde a Antiguidade até em nossos dias é reconhecida como meio terapêutico para combater enfermidades.

O capítulo 3 mostra a relação da música com o ser humano.

O capítulo 4 discute a Síndrome de Down, suas definições, causas e tipos. Por ser uma alteração cromossômica mais comum entre os seres humanos, os pacientes dessa patologia normalmente têm quociente intelectual muito baixo, prega palpebral, língua fissurada, inflamação das pálpebras, uma única prega no dedo mínimo e prega transversal contínua na palma da mão. Além disso, eles têm um ritmo mais lento e apresentam dificuldades com o raciocínio complexo e o juízo crítico.

O capítulo 5 mostra porque a musicoterapia é considerada elemento chave para melhorar a qualidade de vida de pacientes com Síndrome de Down. Aborda como a comunicação não verbal, expressa pela música e o som, favorece a organização mental e o desenvolvimento cerebral dessas pessoas, criando condições para que aos pouco possam modificar o comportamento e ter uma melhor desenvoltura verbal.

O capítulo 6 discorre sobre o estudo de caso, aplicado ao paciente Adriano Costa, de 11 anos, portador de Síndrome de Down, com deficiência visual, distúrbio alimentar e déficit de atenção. Discorre-se sobre todo seu histórico, desde o nascimento até os dias de hoje. A seguir é apresentada a metodologia adotada, com foco na mudança do comportamento e no desenvolvimento verbal, baseado em sons instrumentais e músicas.

O capítulo 7 trata do tratamento musicoterapêutico aplicado ao Adriano pelos estagiários Natália Ramalho (signatária desse texto) e Marcos Lopes, ambos da Escola Clínica de Musicoterapia da FMU. Foram realizadas 54 sessões de 50 minutos cada, ao longo de 2 anos e 1 mês, começados em maio de 2009. As 54 sessões foram, para efeitos didáticos, divididas em 4 fases: a primeira fase voltada para a criação do vínculo terapeuta-paciente, a segunda para a identidade pessoal, a terceira para os limites e finalmente a quarta e última fase voltada para a organização e a responsabilidade.

O 8º e último capítulo faz as considerações finais, apresenta as dificuldades encontradas ao longo de todo o processo terapêutico e a melhorias que o tratamento proporcionou ao Adriano. Destacam-se nesse sentido a evolução na mudança do comportamento, uma melhoria na comunicação verbal e uma melhor qualidade de vida, mostrando-se independente, alegre e disposto.

2 – História e Definições

A música deste antes das primeiras civilizações e das primeiras aldeias agrícolas tem participado da história do homem e tem se tornado cada vez mais marcante. (Bréscia, 2003, p.28 e 29).

Isto porque a música 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. (Merriitt, 1990, apud Bréscia, 2003, p.39)

Foi com o surgimento da Revolução Industrial iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII e depois expandida para o mundo a partir do século XIX, onde ocorreram grandes transformações na tecnologia, no meio científico e nos meios de comunicação, que a relação do homem com a música se alterou substancialmente. Antigamente o ouvinte dependia da presença do executante para usufruir do prazer musical, hoje, com o desenvolvimento tecnológico já não é mais assim, basta ligar o rádio, a televisão, o toca-discos, o toca-fitas, o CD, o DVD, o iPod ou ir a supermercados, bares, restaurantes, cinemas, teatros e etc., que o som está presente. Vale dizer que nem sempre o som é de uma música e quando é, nem sempre é uma música envolvente, porém, quando presente, permite ao ouvinte usufruir do prazer musical, mexendo com sua razão e emocional. (Costa, 1989, p.33)

Sem sobras 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. (Costa, 1989, p.33)

Somente durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) a área do conhecimento denominada de Musicoterapia tornou-se conhecida como ciência paramédica. Diversos estudos e aplicações de pesquisas quantitativas têm provado que o som pode influenciar o ser humano nos aspectos social, físico, emocional, mental, cognitivo e espiritual. Durante o mencionado período da Segunda Guerra Mundial, considerado o marco inicial da Musicoterapia, foram

realizados diversos experimentos, com grupos-controle, em hospitais dos Estados Unidos, com soldados veteranos da guerra portadores de seqüelas físicas e psíquicas. Uma seleção de músicas foi aplicada, em intervalos periódicos, levando-se em consideração critérios de intensidade e duração. Constatou-se que o grupo que ouviu as músicas restabeleceu-se mais rapidamente e com maior eficácia do que o que não ouviu. A partir daí, planos de estudos em Musicoterapia surgiram em Michigan e Kansas, nos Estados Unidos, e escolas foram sendo disseminadas ao longo dos anos, hoje presentes em quase todos os países do mundo. (apud Leinig 1977, Leão, 2009, p.192)

Atualmente existem no Brasil onze escolas de nível superior que oferecem o curso de musicoterapia, entre elas a nossa Faculdade Metropolitana Unidas, Faculdade Paulista de Artes (São Paulo), Universidade Federal de Goiás (Goiás), Faculdade de Artes do Paraná (Curitiba), Escola Superior de Teologia de São Leopoldo (Rio Grande do Sul), Conservatório Brasileiro de Música (Rio de Janeiro), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Pelotas), Universidade da Região da Campanha (Rio Grande do Sul), Federação de Estabelecimento de Ensino Superior (Novo Hamburgo), Universidade do Sul de Santa Catarina (Florianópolis) e a Fundação de Ensino Superior de Olinda (Pernambuco). Todas essas faculdades são reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura e têm permitido ampliar significativamente as pesquisas científicas sobre a musicoterapia.

São diversas as definições de musicoterapia, algumas delas criadas pelos vários musicoterapeutas, muitos deles com grande contribuição para a origem da musicoterapia. A principal e a mais recente definição é do dia 3 de maio de 2011 da Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011) que define a musicoterapia como a “utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais e de saúde e bem-estar. Portanto a investigação, a educação, a prática e o ensino clínico em musicoterapia são baseadas em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos”. (Federação Mundial de Musicoterapia-Nova Definição de Musicoterapia, 2011)

Benenzon (1988, p.11), musicoterapeuta que introduziu a musicoterapia na América Latina, definiu a musicoterapia como “um campo da medicina que estuda o complexo som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para

produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade”.

De acordo com Kenneth Bruscia (2000, p.275) um dos mais importantes musicoterapeutas, que também é autor de diversas obras, definiu a musicoterapia como “um processo interpessoal que envolve o terapeuta e o cliente exercendo certos papéis na relação e em uma variedade de experiências musicais, todas estruturadas para ajudar os clientes a encontrarem os recursos necessários para resolver problemas e aumentar seu potencial de bem-estar”.

Ainda para Bruscia (2000, p.22), “musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudanças”.

Já Ruud (1990, p.14), musicoterapeuta norueguês que também é autor de diversas obras, definiu a musicoterapia como “uma profissão de tratamento onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar alguma mudança ou processo de crescimento direcionado ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens”.

Além dos autores acima citados, existem diversos outros de grande importância, com contribuições significativas tanto no campo da definição como da prática da musicoterapia. Entre eles se destacam, mas não se restringem a: Mary Priestley (especializada em musicoterapia analítica), Helen Bonny (em musicoterapia humanista/existencial), Nordoff-Robbins (em musicoterapia criativa), Diego Schapira (em musicoterapia plurimodal) e Olav Skille (em musicoterapia vibroacústica)

3 – A Música e o Ser Humano

A música e o som para o ser humano é uma forma de expressão e comunicação através de palavras, sons e gestos.

De acordo com Bruscia (apud Leão 2009, p.195) pesquisas revelaram que as ondas sonoras provocam movimento do protoplasma celular; sementes estimuladas musicalmente possuem traços aprimorados. A música afeta o nível de vários hormônios, inclusive o de cortisol (responsável pela excitação e pelo estresse), de testosterona (responsável pela agressividade e pela excitação),

de oxitocina (responsável pelo carinho), de endorfinas e de serotonina (neutransmissor que faz a comunicação entre os neurônios). O treinamento musical favorece o desenvolvimento cognitivo, a atenção, a memória e a agilidade motora, criando uma experiência de unidade entre linguagem, música e movimento.

Sendo assim, podemos dizer que a música e o som são umas das formas mais belas de expressão do ser humano, pois além de tocar e encantar os corações com sua melodia, acabam trazendo uma história para que as pessoas possam refletir sobre o tema proposto. A partir daí, pode-se perceber o valor inestimável que a música tem na vida das pessoas.

De acordo com Sacks (2007, p.56): “Ao ouvimos 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”.

Isto acontece devido à grande importância que a música e o som têm para nós seres humanos, pois mexem com o nosso cérebro.

Um jingle publicitário ou a música – tema de um filme ou programa de televisão, que é hoje em dia a nossa indústria musical, faz atrair os ouvintes, fixando em sua mente. De acordo com Sacks (2007, p.51) esta indústria musical faz “introduzir-se à força pelos ouvidos ou pela mente como uma lacraia”.

A música chega a percorrer um complexo caminho, até penetrar no cérebro. De acordo com Sacks (2007, p.89):

“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.” Quando a música penetra no nosso cérebro, pode ficar fixada de uma forma muito forte, trazendo consequências negativas ou positivas.

No sentido negativo a pessoa pode ficar irritada, com sua mente ou com a própria música. De acordo com Sacks (2007, p.51 e 52) esse fenômeno é chamado de “earworms”, que vem do termo em inglês, algo como “vermes de ouvido”, se bem que até poderíamos chamá-los de “brainworms”, ou “vermes de cérebro”, que são músicas irritantes que não saem da cabeça, chegam sem ser chamados e só vão embora quando bem entendem. Podem não passar de anúncios de creme dental, mas neurologicamente são irritantes.

No sentido positivo, a pessoa pode utilizar a música que está fixada em sua mente para desenvolver sua comunicação artística, repetindo ou cantando várias vezes a música. Ao decorar a música e/ou a letra, pode usufruir desse privilégio, cantando ou soletrando a música em situações em que pode ser valorizado por tal conhecimento. Além desse aspecto, a penetração da música no cérebro permite fazer as associações com lugares, momentos ou pessoas, permitindo que a pessoa se lembre dessas situações ao ouvir a música.

O ser humano percebe desde a vida intra-uterina, os batimentos cardíacos da mãe, o barulho da água (líquido amniótico), os ruídos viscerais e as vozes (principalmente da mãe), que vão, desde essa época, formando a Identidade Sonora Musical do indivíduo, chamada de ISO. (Von Baranow 1999, p.25-26)

Segundo Benenzon (1985, p.43) “ISO quer dizer igual e resulta da existência de um som, ou um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza. O ISO é um elemento fundamental tanto teórico como prático para a musicoterapia.”

De acordo com Costa (1989, p.61) numa definição muito simples, 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.

A melodia são os intervalos entre alturas de sons que se sucedem em movimentos ascendentes e descendentes e é formada por uma seqüência de sons, em notas ora mais graves, ora mais agudas. É muito freqüente a atribuição de uma relação direta da melodia com a emoção e com as afetividades.

A harmonia se caracteriza pela superposição de intervalos sonoros, ou simultaneidade de notas, formando acorde que encadeiam no decorrer da composição, é a verticalidade e costuma ser encarada como o aspecto mais intelectual ou racional da música. (Costa, 1989, p.61)

O ritmo é basicamente a ordenação do movimento, formando um elo entre espaço e tempo, é apontado como a faceta mais primitiva da música e é ligado à vida humana.

De acordo com Campbell (2001, p.93) o ritmo está intimamente associado à pulsação. Rápido ou lento, o ritmo do som pode determinar se nos sentimos saudáveis, apressados, relaxados, lentos, na dianteira ou completamente

deixados para trás. Músicas que não têm batida padrão, organizada, podem nos revigorar por algum tempo, mas a longo prazo podem nos incomodar. O ritmo do som afeta nosso metrônomo interno, nossa capacidade de coordenar nossas funções físicas e mentais.

Sendo assim, cada ser humano tem dentro de si um ritmo, um tempo e um andamento, pois conforme o ser humano toca os instrumentos ou escuta alguma música, ele se movimenta e vai incorporando este ritmo da música internamente e externamente até achar um equilíbrio para si mesmo.

Isto acontece porque a música tem uma pulsação, como acontece com tudo que vive. Pulsação significa fluxo, a corrente estável de energia correndo através de nós e à nossa volta. Nosso sistema circulatório é uma intrincada rede de impulso e alívio, atividade e repouso. Encontrar a pulsação da música abre – ou regula – a pulsação do ouvinte. (Campbell 2001, p.92)

Pode-se dizer que este equilíbrio que a música proporciona para o ser humano, através do ritmo, do tempo e do andamento (pulsação) está intimamente relacionado ao tempo e o ritmo de cada pessoa.

De acordo com Howard (1984, p.65) “cada ser humano possui um certo tempo interior, que lhe é natural, um tempo médio, que corresponde à natureza e ao grau de vitalidade de cada um, constituindo o ponto de partida e a unidade de medida para a apreciação. Se cada ser humano não carregasse consigo essa unidade de medida, se não tivesse o sentimento de seu tempo médio individual, ser-lhe-ia impossível definir os diferentes tempos individuais, ou mesmo conhecer seus caracteres particulares! Cada tempo é algo diferente a cada ser humano; é por essa razão, principalmente, que a música exerce efeitos diversos sobre todos os indivíduos.”

Independente do efeito e de sua intensidade, o fato é que a música possibilita o desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, o desenvolvimento da coordenação motora trazendo uma melhor qualidade de vida para o ser humano, tanto para indivíduos saudáveis como para aqueles com alguma deficiência física e/ou mental.

4 – Síndrome de Down

Com o objetivo de inserir a Síndrome de Down no contexto da musicoterapia vamos inicialmente abordar essa importante patologia.

De acordo com Kozma (apud Gundersen 2007, p.15-16) a síndrome de Down é:

“Uma alteração cromossômica mais comum entre os seres humanos caracterizada pela presença de um terceiro cromossomo de número 21, o que também é chamado de trissomia do 21. E ela não é a única que geralmente permite o desenvolvimento do embrião, pois existe um número significativo de alterações cromossômicas que não permitem que os embriões venham a se desenvolver de maneira adequada causando anormalidades. Ela afeta o encéfalo e o sistema nervoso central, causando atrasos de desenvolvimento ou deficiência mental. Anualmente, nascem mais de 6 mil bebês com Síndrome de Down nos Estados Unidos, e alguns milhares mais em outros países, como por exemplo, no Brasil, o índice fica em 1 a cada 650 a 700 nascimentos (estima-se que nascem de 3 a 4 mil crianças por ano no Brasil com esse síndrome), e por ser um dos defeitos congênitos mais comuns, apresenta-se em todas as raças, grupos étnicos, classes socioeconômicas e nacionalidades o que pode acontecer a qualquer pessoa”.

Ao reconhecer nas crianças afetadas uma aparência algo oriental, o pesquisador Down criou o termo “mongolismo” e a nomeou a inadequadamente, de “idiota mongolóide”. Hoje essas correlações raciais são consideradas incorretas. Por esta razão e também por causa das condições étnicas negativas dos termos mongol, mongolóide e mongolismo, terminologia desse tipo deve ser definitivamente evitada. Segundo alguns autores, o uso de tal terminologia poderia comprometer o potencial para a aceitação social dessas crianças e a sua educação. Mais importante ainda, chamar uma criança com Síndrome de Down de mongolóide não é apenas um insulto degradante à criança, mas também uma descrição incorreta da pessoa, que, embora portadora de uma deficiência mental, é, antes de mais nada um ser humano capaz de aprender e de participar bem em sociedade. (Pueschel 1993, p.48, 49 e 50)

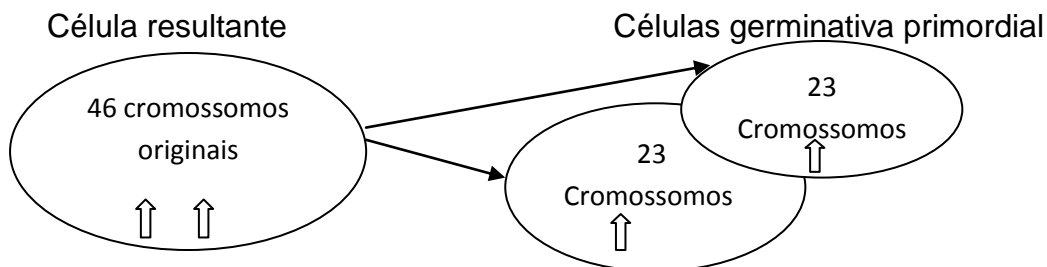
Os pesquisadores Júnior e Sasson (2002, p.524) dizem que a Síndrome de Down manifesta-se por um grande número de sintomas, que variam de indivíduo para indivíduo. Na prática, para firmar o diagnóstico, basta a presença de quatro entre as seis características: quociente intelectual (QI) muito baixo; prega palpebral; língua fissurada; inflamação das pálpebras; uma

única prega no dedo mínimo; prega transversal contínua na palma da mão (prega plantar ou simiesca).

E a origem da Síndrome de Down é difícil de identificar, pois engloba fatores genéticos e ambientais. Segundo Kozma (apud Gundersen 2007, p.21) as causas são inúmeras e complexas, envolvendo fatores pré-natais (infecções congênitas), perinatal (falta de oxigênio) e pós-natal (infecções, tumores), onde também pode ocorrer durante a meiose, explicada abaixo, que resulta do que é chamado não-disfunção, ou falha na separação correta de um par de cromossomos.

Meiose segundo Kozma (apud Gundersen 2007, p.18 e 19) é quando os membros de cada par de cromossomos separam-se ou disjuntam-se um do outro e cada célula-filha recebe somente um cromossomo do par original. Antes de estarem completamente desenvolvidas, as células germinativas primordiais começam com 46 cromossomos, porém, à medida que amadurecem, seu número de cromossomos é reduzido a 23, por meiose. Assim, na concepção, o espermatozóide e o óvulo contêm, cada um, apenas 23 cromossomos, metade do número original de 46 cromossomos.

A figura abaixo ilustra essa situação:



Os seres humanos normais têm 46 cromossomos, já os portadores da Síndrome de Down têm 47 cromossomos, sendo que o cromossomo extra é denominado de 21.

Segundo Kozma (apud Gundersen 2007, p. 22, 23 e 24), a Síndrome de Down é quando o indivíduo tem o cromossomo extra, que é o cromossomo 21, que não se separa adequadamente. Esse conhecimento permitiu a descoberta de outras formas de síndrome de Down, tais como:

- a) Síndrome de Down na trissomia do 21 por não-disfunção, quando a divisão cromossômica errônea durante a meiose resulta em um zigoto

que tem três cromossomos 21, em vez de dois. Quando o embrião recém-iniciado começa a crescer, por divisão e duplicação, o cromossomo extra também é copiado e transmitido a cada nova célula. A consequência é que todas as células contêm esse cromossomo 21 extra, resultando em falha na disjunção dos cromossomos do par 21 ou na divisão adequada no óvulo ou no espermatozóide. Cerca de 95% dos bebês com Síndrome de Down têm trissomia do 21 por não-disjunção.

- b) Síndrome de Down na trissomia do 21 por translocação, onde ocorrem três cópias do cromossomo 21. Entretanto, o cromossomo extra está conectado a outro cromossomo, geralmente o cromossomo 14, ou a outro cromossomo 21. Estima-se que entre 3 a 4% dos bebês com Síndrome de Down têm trissomia do 21 por translocação. Em geral, apresentam as mesmas características que os bebês com trissomia por não-disjunção.
- c) Síndrome de Down na trissomia do 21 por mosaicismo, uma forma mais rara, apenas em torno de 1% de todas as pessoas com Síndrome de Down apresentam esse tipo de trissomia do 21. Neste caso, ocorre uma divisão celular imperfeita, em uma das primeiras divisões celulares após a fertilização. Esse tipo difere dos outros tipos de Síndrome de Down, em que o erro na divisão celular acontece antes ou no momento da fertilização. Como na trissomia do 21 por não-disjunção, algo leva os cromossomos a se dividirem desigualmente. Entretanto, quando isso ocorre na segunda ou na terceira divisão celular, apenas algumas células do embrião em desenvolvimento contêm o cromossomo extra. Conseqüentemente, nem todas as células apresentam esse cromossomo e o bebê pode ter menos características físicas usuais da Síndrome de Down, bem como maior capacidade intelectual.

Conforme Kozma (apud Gundersen 2007, p. 31-32-33) os diferentes tipos de formas e seu grau de comprometimento, a Síndrome de Down pode ser grave, moderada ou leve. Essa classificação reflete o grau de comprometimento em relação ao aprendizado entre uma criança normal e uma criança com Síndrome de Down. Indivíduos com grau grave têm aprendizado num ritmo mais lento, apresentam dificuldades com o raciocínio complexo e o juízo crítico.

5 – A Musicoterapia e o Portador de Síndrome de Down

A música através da melodia, harmonia e ritmos pode ser utilizada, através de processos adequados para a melhoria da qualidade de vida de pessoas saudáveis ou portadores de alguma deficiência. A ciência que utiliza a música como instrumento para essa melhoria é a musicoterapia.

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, p.58)

De acordo com Von Baranow (1999, p.58), “O indivíduo com o diagnóstico de Síndrome de Down apresenta uma deficiência mental tem, normalmente, um funcionamento intelectual abaixo da média, o que afeta seu comportamento e entendimento de mundo, do modo como esperamos que é, este mundo como vivemos hoje em dia”.

Nesse sentido, a função do musicoterapeuta é a reeducação e reabilitação deste indivíduo, resgatando suas habilidades funcionais, como no caso de estimular o indivíduo a tocar algum instrumento e cantar através de atividades lúdicas e dando-lhe a oportunidade de brincar com a música, tomando evidentemente todos os cuidados para evitar dores ou impactos negativos que gerem desestímulos ao processo terapêutico.

Portanto ao atender qualquer paciente e mais especificamente os portadores de Síndrome de Down é importante conhecer o diagnóstico médico e estudar o paciente em si, pois através disso é possível trabalhar com a parte motora, o cognitivo e o emocional do indivíduo, para que aos poucos ele comece através da música a organizar sua mente.

Assim, pode-se dizer que a Musicoterapia para os indivíduos com Síndrome de Down ajuda a criar maior independência, promovendo sua segurança e auto-estima e contribuindo, dessa forma, para a sua habilidade e adaptação ao meio, através da reabilitação, reeducação ou do tratamento propriamente dito.

De acordo com Von Baranow (1999, p.10): “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”.

Como visto anteriormente, a música atinge áreas cerebrais múltiplas, não depende dos próprios sinais da língua, da fala, da leitura, da escrita e vai diretamente para um sistema mais intuitivo. Assim, ao entrar em contato com a música, a emoção é ativada e ampliam-se as possibilidades do indivíduo se comunicar.

A comunicação verbal, expressa pelas palavras, como a não verbal, expressa pelos sons e música, adequadamente trabalhadas no processo musicoterapêutico, podem levar definitivamente a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Síndrome de Down.

Mas para que isto ocorra é preciso que o paciente seja disciplinado com o tratamento de musicoterapia e não confunda com uma aula de música onde já tem um objetivo musical pré-estabelecido, que é ao contrário da musicoterapia, que tem um objetivo terapêutico de acordo com o perfil de cada paciente.

Enquanto as pessoas “normais” têm um processo evolutivo de memória e repetição que ocorrem desde o útero materno, o mesmo não ocorre com pessoas com Síndrome de Down que apresentam dificuldade de comunicação, na coordenação motora e não se sentem capazes de fazer seus afazeres.

Como consequência, são na maioria das vezes excluídos dos envolvimento na nossa sociedade, como também ficam limitados ou, por vezes, impedidos de atingir um desenvolvimento equilibrado a nível social, afetivo, emocional e mesmo cognitivo.

Mas para o portador de Síndrome de Down a música pode funcionar da mesma forma que as pessoas “normais”, ele irá apreciar a música no seu ritmo, que pode ser mais lento, em função de um atraso no seu desenvolvimento, um retardo mental e/ou dificuldade em relação à linguagem, enquanto as pessoas “normais” irão contemplar a música em um ritmo diferente, mais comum entre todos os seres humanos normais.

Neste caso não só os recursos próprios da música como a harmonia, ritmo, melodia e também a música pronta, que é uma música feita por alguém (seja por cantores, intérpretes, compositores) ajudam no desenvolvimento global destes portadores de Síndrome de Down, fazendo eles se expressarem e se

divertirem através de atividades lúdicas e jogos que privilegiam o aprender, a utilização do corpo (movimento) e estímulos sensoriais para o desenvolvimento das funções cognitivas e da plasticidade cerebral. (Louro, 2003 apud Leão 2009, p. 103)

A musicoterapia tem um leque de alternativas terapêuticas a serem aplicadas aos portadores de Síndrome de Down, podendo ser um trabalho feito com canções, com jogos rítmicos, de imitação, de histórias, que possibilitam trabalhar o desenvolvimento neurológico e psicomotor do paciente para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Leinig (2009, p.494) é importante que o musicoterapeuta use a sua imaginação durante as atividades a fim de torná-las atraentes e desejáveis.

Podemos assim concluir que é possível a todas as pessoas, portadora ou não de deficiências, terem um contato com a música e usufruir dela tanto para fins de lazer como terapêutico. A música representa um grande poder de mobilização e transformação no ser humano e muito especificamente no portador de Síndrome de Down, que são pessoas sensíveis, dóceis e criativas, por possuírem desejos e potencial de fazer tudo que uma pessoa normal faz.

6 – A Metodologia Musicoterapêutica Aplicada

De acordo com Von Baranow (1999, p.59) a metodologia a ser aplicada depende das anomalias apresentadas pelo paciente e cabe ao musicoterapeuta a seleção de todo repertório de ritmo, harmonia, melodia, e uso de instrumentos musicais adequados, que muitas vezes devem ser adaptados às necessidades físicas e emocionais dos pacientes.

Para o paciente com Síndrome de Down objeto desse estudo de caso, não ficamos presos a uma metodologia exclusiva e nem adotamos um processo musicoterapêutico único. Pelo contrário, foram utilizadas diversas abordagens, como a seguir detalhadas.

Em relação às experiências musicais que são de improvisação, re-criativas, composição e receptivas, a mais utilizada neste estudo de caso foi a re-criativa, que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical e a receptiva, onde o paciente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. (Bruscia 2000, p.126-129)

Entre os processos foram adotados o desenvolvimentista, onde a seqüência de mudanças e de intervenções foi confrontada com os estágios de crescimento, amadurecimento e desenvolvimento do paciente. Foi também utilizado o processo interpessoal, para se estabelecer o rapport, a confiança, e a seqüência de atividades foi baseada em parte na evolução dos estágios de relacionamento do paciente com os estagiários musicoterapeutas. Por fim, foi também utilizado o processo educacional, onde o paciente foi submetido a processo de aprendizagem gradual, de acordo com seus níveis de dificuldade, iniciando pelos estágios mais simples e progredindo para os mais complexos. (Bruscia 2000, p.36-37)

Também, para uma análise mais aprofundada da evolução do paciente durante o processo musicoterapêutico foi utilizado o modelo Nordoff-Robbins do Paul Nordoff e do Clive Robbins, pois neste estudo trabalhamos com a livre expressão e a criatividade musical no paciente com a utilização das técnicas de estimulação de imagem e sensação através do som.

Foram também utilizadas às técnicas de empatia (imitar), as técnicas de estruturação (base rítmica), as técnicas de intimidade (compartilhar instrumentos), as técnicas de redireção (intensificar e acalmar), as técnicas de dedução (modelar), as técnicas de procedimento (recuar), as técnicas de exploração emocional (holding e seqüenciar), as técnicas referenciais (simbolizar, associação livre, fantasiar, projetar) e as técnicas de discussão (feedback, reforçar e confrontar) que são descritas por Bruscia nas sessenta e quatro técnicas improvisacionais. (Bruscia 1987, p.386)

Com relação à interação do paciente com os instrumentos musicais foram utilizadas as técnicas de setting musicoterápico, em acordo com a teoria de Gisele Furusava (<http://www.musicoterapiasp.com.br/ler.asp?id=16>) - da caixa de música ao instrumento musical. Essa teoria baseia-se na disposição dos instrumentos inseridos num ambiente que estimula o paciente a interessar, interagir e se expressar num lugar que sinta confortável, permitindo a sua desinibição e evolução.

Do ponto de vista de seqüência de atividades realizadas no processo musicoterapêutico, a primeira etapa foi realizar a anamnese. Como parte do procedimento da Clínica Escola de Musicoterapia da FMU, a mãe do paciente passou por uma entrevista inicial. A anamnese foi feita pela estagiária Natália Ramalho e pelo estagiário Marcos Lopes.

A segunda etapa, já dentro do processo musicoterapêutico propriamente dito foi o de firmar o vínculo terapeuta-paciente, que levou um bom período de tempo, para que não houvesse uma dependência do paciente em relação aos estagiários.

A etapa seguinte no desenvolvimento do processo musicoterapêutico foi o de identificar com boa precisão o grau de gravidade clínica e resgatar todo o potencial existente no paciente. Um bom mapeamento do seu quadro atual e do seu potencial eram condições imprescindíveis para estabelecer objetivos mais precisos para cada etapa de sua evolução.

A outra etapa no processo foi à identificação de um plano de atividades associado a um cronograma de tempo. Só assim foi possível ir avaliando cada estágio de evolução e seu respectivo tempo de demora para atingir os objetivos previamente traçados.

A evolução no paciente foi ficando clara com as mudanças nas suas percepções musicais e não-musicais ocorridas durante a terapia. Vale mencionar a participação da família no desenvolvimento do processo terapêutico do paciente; sua percepção positiva da evolução foi um fator estimulador para o progresso dele.

Utilizando essas abordagens, o paciente começou a falar e a se expressar mais através dos instrumentos musicais, fazendo com que ele iniciasse a construção de sua identidade sonoro-musical.

7 – O Estudo de Caso

Este estudo de caso foi desenvolvido baseado no tratamento musicoterapêutico aplicado a um paciente com diagnóstico de Síndrome de Down.

7.1 – O Paciente

As informações a seguir foram passadas pela mãe do paciente, durante a entrevista de avaliação (anamnese)

O paciente chama-se A.C tem 11 anos, nasceu em São Paulo em 01/03/2000, e desde o nascimento foi diagnosticado com Síndrome de Down.

Há dois anos atrás, quando o A.C tinha 9 anos de idade, mãe procurou o tratamento musicoterapêutico por indicação da professora particular da escola de música. A mãe levou o A.C a Clínica-Escola de Musicoterapia da FMU com o pedido de encaminhamento da professora particular de música.

Os estagiários Natália Migliari Ramalho, signatária dessa monografia e Marcos Lopes fizeram a análise do encaminhamento e traçaram o objetivo do tratamento.

A história de A.C: nasceu com 9 meses, com 3 meses teve sopro no coração, continuou a mamar até os 4 meses, onde começou na mamadeira, para aos poucos ir retomando a alimentação normal.

Em relação ao desenvolvimento sensório-motor, sustentou a cabeça com 8 meses, sentou e engatinhou com 9 meses e correu com 3 anos de idade. Quanto ao desenvolvimento da linguagem, a primeira palavra foi “mãe” aos 5 anos.

Teve diagnóstico de deficiência visual desde os 5 anos de idade e os primeiros interesses pela sexualidade aos 7 anos de idade.

Em relação a sua família, a mãe é separada e trabalha como doméstica, cuida dos filhos dela (3 filhos) e do padrasto (4 filhos) que não vive em casa. No total, ela cuida de 7 filhos (2 mulheres e 5 homens). Desses 7 filhos, 2 têm deficiência. Um deles, filho do padrasto, tem demência (doença que resulta em perda de memória) e o outro, seu filho A.C, tem Síndrome de Down. Entretanto no relato sobre a família do A.C, o clima parece ser conturbado, com vários problemas.

Nos primeiros contatos, a equipe de musicoterapeutas identificou que A.C apresentava sinais de déficit de atenção, pouca capacidade de articulação, dificuldade para expressar o pensamento e às vezes tinha um pouco de agressividade.

A.C tem, entre as suas atividades preferidas, assistir filmes de desenho na televisão e brincar de luta.

Em relação às suas preferências musicais encontram-se As Flores já não Crescem Mais (Tralalalá), Cocoricó, Castelo Rá Tim Bum, Tarzam. Entre os filmes prediletos, gosta do Procurando Nemo.

De instrumentos musicais gosta de bateria e violão, de cantar e do ritmo da capoeira.

7.2 – O Tratamento Musicoterapêutico

O tratamento musicoterapêutico com o paciente A.C teve início em 8 de maio de 2009, com previsão de término para final de junho de 2011, em cumprimento à norma da Clínica-Escola de Musicoterapia da FMU, de dar ao paciente o direito a dois anos gratuitos de tratamento.

As sessões se desenvolveram na Clínica Escola da FMU com atendimentos individuais, acontecendo semanalmente com duração de 50 minutos.

O tempo de tratamento musicoterapêutico durou 2 anos e 1 mês. Durante este período foram realizadas 54 sessões, interrompidas durante dois meses quando o paciente foi submetido a uma cirurgia da hérnia. Nesses dois meses o A.C não participou de atividades escolares e físicas.

Essas 54 sessões foram divididas em 4 fases, a seguir detalhadas, onde é mostrada toda a evolução do processo musicoterapêutico aplicado a um paciente com Síndrome de Down.

Vale ressaltar que estas fases foram realizadas por dois estagiários, Natalia Migliari Ramalho, signatária desse texto e Marcos Lopes. Cada estagiário atuava como terapeuta (estagiário I) e o outro como co-terapeuta (estagiário II), onde a cada nova sessão, havia uma rotatividade, alternando os papéis dos estagiários.

Todas as sessões desse tratamento musicoterápico tiveram a supervisão do Professor Raul Brabo e da professora Cristiane Amorosino, do Departamento de Musicoterapia da FMU.

7.2.1 – Primeira Fase – O Vínculo Terapeuta-Paciente

O objetivo desta primeira fase foi de principalmente criar um vínculo terapeuta-paciente, conhecer a real situação do A.C, identificar suas necessidades, para que em seguida fosse possível elaborar um plano de atendimento conforme a metodologia e a abordagem escolhida.

Os estagiários foram criando o vínculo com o paciente. No começo o paciente ficava isolado dos estagiários em cima do Divã Tablado Baixo, falava consigo mesmo, se enfiava debaixo do Divã, só queria brincar de luta, pegava os

colchonetes e brincava de cavalo, não pegava e nem se interessava pelos instrumentos musicais.

Objetivando criar um ambiente mais interativo com o A.C, os estagiários ficavam no meio da sala tocando os instrumentos enquanto o paciente ficava absorto no seu mundo. Aos poucos o A.C foi se aproximando sozinho dos estagiários, modificando seu comportamento. A partir de então, ele passou a querer mais o contato físico pegando e sentindo os instrumentos e abraçando os estagiários. Posteriormente começou a falar mais não só consigo mesmo, mas também com os estagiários, passando a responder aos estímulos propostos.

7.2.2 – Segunda Fase – A Identidade Pessoal

O objetivo desta segunda fase era de resgatar a identidade do A.C através de competições, de corridas, de jogos tendo como pano de fundo o uso dos instrumentos musicais.

No começo desta fase, A.C queria ser sempre o herói e ganhar dos estagiários, ou seja, era o momento em que ele estava resgatando sua identidade própria, pois quando perdia, chorava.

Com o tempo os estagiários foram fazendo uma rotatividade de papéis para quem seria o herói do dia, foram explicando para o A.C que na vida tem momentos que a gente ganha e perde e temos que aprender a lidar com essas diversidades naturais de vida.

Nesta fase o A.C foi entendendo o que os estagiários falavam, porém às vezes ficava bravo e se recusava a falar com os estagiários assim como não queria escutar qualquer som dos instrumentos. Com o passar do tempo, mesmo quando perdia para os estagiários, o A.C foi aceitando as derrotas sem chorar. Além disso, ele passou a compreender que se chorasse ele iria ser tratado e chamado como bebê, o que naturalmente ele não queria.

Esse argumento foi muito importante para que A.C não mais chorasse, ou parasse de chorar, pois ele não queria ser tratado como bebê e sim como herói, o grande homem e o pai.

7.2.3 – Terceira Fase – Os Limites

Essa fase teve o objetivo principal trabalhar com os limites, pois o A.C mostrava-se impaciente, não pegava direito nos instrumentos, não sabia esperar sua vez para tocar os instrumentos, queria fazer as atividades a seu modo, enfim, não tinha limites.

A título de exemplo, o A.C pegava os instrumentos, por exemplo a flauta e batia na cabeça dos estagiários, sem nenhuma noção que isso doía e mesmo machucava.

Os estagiários foram trabalhando, mostrando que cada um tinha a sua vez na hora de tocar os instrumentos, de competir e de brincar de luta. Dessa forma A.C foi aprendendo com o tempo qual eram os momentos certos e os errados de competir, de tocar os instrumentos e brincar de luta.

Nesse quesito o A.C teve uma grande evolução. Antes parecia que entendia tudo ao contrário, onde o sim era o não, batia o pé no chão, chorava e não obedecia até conseguir o que queria. Com o tempo, os estagiários foram explicando e ensinando que não era desse modo e aí, A.C foi modificando seu comportamento, ficando mais obediente; bastava falar o sim e o não apenas uma vez que ele entendia.

A partir desse momento, o paciente começou a crescer e a ficar mais maduro nas decisões e no seu comportamento.

7.2.4 – Quarta e Última Fase – Organização e Responsabilidade

O objetivo dessa fase foi levar A.C a uma organização mental e física através da música. No primeiro momento, trabalhamos o ritmo, sempre com uma batida por tempo. Em seguida trabalhamos a imitação tocando os instrumentos enquanto o paciente andava ou corria pela sala. E por último o ensinamos a deixar tudo organizado depois que explorávamos os instrumentos que ficavam dispostos no meio da sala no chão em formato de meia lua para dar conforto e acolhimento ao paciente, como mencionado na teoria da forma do setting musicoterápico. (<http://www.musicoterapiasp.com.br/ler.asp?id=16>)

Conforme o trabalho foi sendo realizado, o A.C foi assimilando este ritmo, começou a organizar tudo que via em seu redor e foi nesta fase que ele começou a mostrar mais interesse pelas músicas entre elas foram “Parabéns a você”, “Marcha soldado”, Thriller e Beat It do Michel Jackson.

Quando os estagiários cantavam e tocavam as músicas que o A.C solicitava, ele dançava e explorava os instrumentos musicais, entre eles, o violão, a flauta, o bongô, o xilofone pentatônico e o jimbé.

No decorrer dessa última fase A.C passou a demonstrar envolvimento e gosto pela música, passou a explorar todo o espaço, a sala onde eram realizadas as sessões, melhorou sua fala, apresentou sensível melhora na coordenação motora, de total desorganizado passou a ser mais disciplinado, ficou mais calmo e responsável com seus deveres e obrigações do dia-a-dia, enfim, demonstrou estar muito mais feliz.

8 – Considerações Finais

O processo musicoterapêutico foi aplicado a um paciente com Síndrome de Down, pelos estagiários Natália Ramalho e Marcos Lopes, da Escola Clínica de Musicoterapia da FMU, começou em maio de 2009 e terminou em junho de 2011. Ao longo desses 2 anos e 1 mês de musicoterapia foram realizadas 54 sessões de 50 minutos cada.

O paciente A.C que apresentava sinais de déficit de atenção, pouca capacidade de articulação, dificuldade para expressar o pensamento e às vezes tinha uma pouco de agressividade.

Após todo esse processo musicoterapêutico, A.C está mais calmo, obediente, responsável, organizado e maduro; basta falar uma vez, que ele obedece. Ele ajuda arrumar as coisas em sua casa, está mais organizado com suas coisas, já tira sua roupa, dobra direitinho e coloca no lugar certo.

Durante todo este processo musicoterapêutico os estagiários perceberam o alto nível de inteligência de A.C, tudo que se fala e explica, ele entende, sabe o que é certo e o que é errado, e a partir de agora “ele não é mais o bebê e sim o homem de casa, pois ele cresceu e amadureceu muito” (SIC – segundo informações colhidas), fala de sua mãe.

Tudo que A.C adquiriu no processo musicoterapêutico se refletirá no seu dia-a-dia, pois ele tem tudo para ter uma vida normal e até condições para trabalhar.

Um dos principais objetivos traçados para o A.C desde que iniciou o tratamento musicoterapêutico foi trabalhar o vínculo paciente-terapeuta, o resgate de sua identidade pessoal, os limites e a organização através da música. Para tanto foram utilizados instrumentos musicais adequados especificamente para as

necessidades do paciente, trabalhando o ritmo musical, a imitação, a fala e a coordenação motora.

Nesse aspecto, o trabalho musicoterapêutico surtiu efeito, pois, o trouxemos para a realidade, para que aos poucos ele pudesse ganhar confiança e resgatar uma melhor interação familiar e adquirir uma melhor inserção social.

Mas era preciso que o paciente reagisse de alguma forma diante desses estímulos musicais propostos pelos estagiários.

No primeiro momento o A.C reagia muito pouco aos estímulos musicais, não se comunicava e não interagia com os estagiários. Com o passar do tempo foi acontecendo uma verdadeira revolução, produzindo no A.C uma mudança de comportamento, na sua organização, e uma melhoria de sua comunicação verbal e na sua coordenação motora.

Esse estudo de caso permitiu um aprofundamento importante do conhecimento da musicoterapia por parte dos estagiários, tanto no sentido teórico, que tivemos que buscar ao longo do processo terapêutico como também no aspecto prático, ajudando a resolver um problema concreto de um paciente com sérias dificuldades de qualidade de vida.

Para finalizar, quero externar meu agradecimento por ter passado por essa maravilhosa experiência que tive com este paciente, única e muito gratificante, não só pelos benefícios de aprendizado proporcionados, mas também e mais importante, pelos resultados alcançados pelo A.C.

9 – Referências Bibliográficas

- BENENZON, R. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. 3ª Ed, São Paulo: Summus, 1988.
- BRÉSCIA, V. P. **Educação musical: bases psicológicas e ação preventiva**. PNA, São Paulo: Átomo, 2003.
- BRUSCIA, K. E. **Improvisation Models of Music Therapy**. Charles C. Thomas Publisher (USA), 1987.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CAMPBELL, D. **O efeito Mozart: explorando o poder da música para curar o corpo, fortalecer a mente e liberar a criatividade**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro: musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1989.
- CURY, A. **Mentes Brilhantes, Mentes Treinadas: Desvendando o fascinante mundo da mente humana**. 2ª Ed, São Paulo: Academia de Inteligência, 2010.
- FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA: **Nova Definição de Musicoterapia**. 3 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.musicoterapiaclinica.com.br/index.php/artigos/263-anunciacao-da-federacao-mundial-de-musicoterapia-nova-definicao-de-musicoterapia>> Acesso em: 4 maio. 2011.
- FURUSAVA, G. C. **Setting Musicoterápico: da caixa de música ao instrumento musical**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.musicoterapiasp.com.br/ler.asp?id=16>> Acesso em: 2 set. 2011.
- GUNDERSEN, K. S. **Crianças com Síndrome de Down: guia para pais e educadores**. 2ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2007.
- HOWARD, W. **A Música e a Criança**. 4ª Ed, São Paulo: Summus, 1984.

JÚNIOR, César da Silva; SASSON, Sezar. **Biologia: Volume Único**. 2ª Ed, São Paulo: Saraiva, 2002.

LEÃO, E. R. **Cuidar de Pessoas e Música: Uma visão Multiprofissional**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

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

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

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

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

Anexo 1:**CLÍNICA DE MUSICOTERAPIA DO UniFMU****Autorização pelo Responsável**

Eu, Magali Aparecida Francisco portador (a) do documento: RG, de nº 25.685.516-3 na qualificação de mãe do paciente Adriano Francisco Costa, autorizo a divulgação da sua imagem, filmada ou fotografada, para estudo de caso, vinculada à Clínica de Musicoterapia do UniFMU, e sem ônus de qualquer natureza.

Caso os direitos de que trata a presente autorização sejam cedidos a terceiros deverão eles se comprometer a usá-los de acordo com finalidades históricas, didáticas, científicas ou filantrópicas, em rigoroso atendimento às legislações vigentes, à moral e aos bons costumes.

Magali Aparecida Francisco

Autorização do Responsável pelo Paciente

Anexo 2:**Currículo**

Endereço para acessar este currículo:

<http://lattes.cnpq.br/4622578510788533>