

**Natália Migliari Ramalho**

**Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral:**

**Um Estudo de Caso**

São Paulo

2010

**FMU – Faculdades Metropolitanas Unidas**

**Natália Migliari Ramalho**

**Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral:**

**Um Estudo de Caso**

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

São Paulo

2010

Ramalho, Natália Migliari

Musicoterapia para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral: Um Estudo de Caso – Natália Migliari Ramalho – São Paulo: Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU, 2010. 45 páginas.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Musicoterapia).

**Notas**

- 1. Musicoterapia 2. Musicoterapia para Portadores de Paralisia Cerebral.**
- I. Ramalho, Natália Migliari. II. Título.**

# **Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral:**

## **Um Estudo de Caso**

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

---

**Professora Mestre Maristela Pires Cruz Smith - Orientadora**

---

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

---

**Professor Mestre Raul Jaime Brabo – Supervisor de estágio**

## **Dedicação**

Aos meus pais Carla e Eduardo que me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores coisas, responsáveis pela minha educação, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A eles devo a pessoa que me tornei, sou exatamente feliz e tenho muito orgulho por chamá-los de pai e mãe. Amo Vocês!

Aos meus irmãos Júlia e Matheus, por serem o que são para minha vida, a vocês muito obrigada pelo incentivo, cooperação e apoio durante os momentos de tristezas e também de alegrias que compartilham comigo e por todo afeto, acolhimento e amor que tenho recebido de vocês. Júlia e Matheus recebam esta eterna gratidão.

A minha orientadora e Professora Maristela Smith que me proporcionou o primeiro contato com a musicoterapia, quando tinha apenas 8 anos. Coincidentemente fui buscar minha formação profissional na musicoterapia, onde, sem saber, reencontrei a professora Maristela. A transformação de minha vida passou pela musicoterapia, através desta minha grande mestre.

## **Agradecimentos**

Acima de tudo Deus, que me concedeu a vida.

Ao meu Anjo da Guarda que me protege, ilumina, e me deu forças nesta trajetória.

À minha co-orientadora Ivette Kairalla pela dedicação, ensinamentos, incentivos constantes e por acreditar em mim.

Ao professor Raul Brabo pela sua supervisão, ensinamento e dedicação em relação a este estágio tão bem sucedido.

A todos os professores da faculdade que de alguma forma contribuíram para a minha formação e meu conhecimento adquiridos nestes quatro anos.

À Clínica Escola de Musicoterapia - FMU por proporcionar o meu primeiro contato com as diversas patologias, entre elas, a paralisia cerebral.

À mãe e principalmente ao seu filho, o paciente FDS, que permitiram a realização do meu trabalho e todo desenvolvimento profissional.

Aos Professores de piano e violão, Cristiane e Hélio Mesquita que fizeram enriquecer meus conhecimentos musicais.

À minha Psicóloga, Magda Pearson pelo profissionalismo, ajuda constante e por proporcionar a transformação que me permitiu atingir esse estágio de minha vida.

Ao meu dentista e minha fonoaudióloga, Johnny Pearson e Ana Livia que contribuíram com o meu desenvolvimento, crescimento e amadurecimento durante os quatro anos de formação do curso de musicoterapia.

À Suzie Bianchi que através de suas aulas de dança com portadores de Síndrome de Down me ajudaram a ir ao encontro com a musicoterapia.

Aos amigos (Michele, Roseli, Maysa, Patrícia e Paula), pela verdadeira amizade que construímos durante esses quatro anos, sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa.

Às minhas irmãs de alma e coração (Amanda e Priscila), que estão sempre ao meu lado e à minha disposição quando precisamos uma da outra.

Às minhas avós (Helena e Neguita), aos meus falecidos avós (Hélio e Godoy), aos primos (Maira, João, Lú, Laurinha, Bia, Dudinha, Karina, Diego e Vinicius), aos tios (Mércia, Maura, Pedro, Dante, Helinho), por sempre acreditarem em mim, pelo contínuo e sincero incentivo nesta grande jornada de verdadeiros desafios.

“Há duas formas de viver uma vida: uma é acreditar que não existem milagres e a outra é acreditar que todas as coisas são um milagre.”

Frase atribuída a Albert Einstein, sem identificação de origem.

# **A Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral:**

## **Um Estudo de Caso**

Natália Migliari Ramalho\*

Maristela da Cruz Smith\*\*

Ivette Catarina Jabour Kairalla\*\*\*

Raul Jaime Brabo\*\*\*\*

## **Resumo**

O presente trabalho mostra a importância da musicoterapia para melhorar a qualidade de vida de pacientes com paralisia cerebral. Inicialmente é analisada a história e teoria musicoterapêutica, a patologia paralisia cerebral e depois, apresentado um estudo de caso, aplicado a um paciente de 17 anos de idade portador de paralisia cerebral, com severas limitações motoras, visuais e de linguagem. Esta monografia apresenta as abordagens, os processos e as técnicas musicoterapêuticas utilizadas pela signatária desse texto para atender o paciente. Destacam nesse processo a utilização da comunicação não verbal, com sons instrumentais e músicas, a aplicação do canto e canções populares e recriadas, que levaram o paciente a melhorar a comunicação verbal e a coordenação motora.

**Palavras-chave:** Musicoterapia; Musicoterapia para Portadores de Paralisia Cerebral.

---

(\*) Aluna da turma de 2006 do curso de graduação em Musicoterapia da FMU; estagiária da Clínica-Escola de Musicoterapia da FMU.

(\*\*) Orientadora: Professora Mestre Maristela P. C. Smith

(\*\*\*) Co-orientadora: Professora Doutora Ivette Catarina Jabour Kairalla

(\*\*\*\*) Supervisor de estágio: Professor Mestre Raul Jaime Brabo



## **Abstract**

This work shows the importance of music therapy to improve the quality of life of patients with cerebral palsy. Initially analyzes the history, the music therapy theory, the cerebral palsy pathology and then it is presented a case study, applied to a patient of 17 years old with cerebral palsy and severe coordination, visual and speech limitations. This monograph presents the approaches, processes and techniques applied to the patient used by the music therapist that signs this text. Highlight this process the use of nonverbal communication, instrumental sounds and music, application of popular songs and singing as well as the recreated songs, which led the patient to improve verbal communication and motor coordination.

**Keywords:** Music Therapy, Music Therapy for Cerebral Palsy Patients.

## Sumário

	<b>Pag.</b>
<b>1 – Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>2 – História e Definições.....</b>	<b>12</b>
<b>3 – O Desenvolvimento do Processo Musicoterapêutico.....</b>	<b>15</b>
<b>4 - A Comunicação Verbal e Não Verbal no Processo Musicoterapêutico.....</b>	<b>17</b>
<b>5 – A Paralisia Cerebral.....</b>	<b>22</b>
<b>6 – A Musicoterapia para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral.....</b>	<b>24</b>
<b>7 – O Estudo de Caso.....</b>	<b>28</b>
<b>7.1 – O Paciente.....</b>	<b>29</b>
<b>7.2 – A Metodologia Musicoterapêutica Aplicada.....</b>	<b>31</b>
<b>8 – O Tratamento Musicoterapêutico.....</b>	<b>34</b>
<b>8.1 - Primeira Fase – Criação do Vínculo Terapeuta-Paciente.....</b>	<b>34</b>
<b>8.2 - Segunda Fase – Desenvolvimento da Comunicação Verbal.....</b>	<b>36</b>
<b>8.3 - Terceira Fase – Desenvolvimento da Coordenação Motora.....</b>	<b>39</b>
<b>8.4 - Quarta Fase – Consolidação dos Desenvolvimentos.....</b>	<b>40</b>
<b>9 – Considerações Finais.....</b>	<b>42</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>44</b>

## **1 – Introdução**

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

No capítulo 2 é apresentada a história da musicoterapia, desde os seus primórdios até o dia de hoje, 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.

No capítulo 3 é apresentado o processo musicoterapêutico, as abordagens, métodos e etapas que compõe esse tratamento terapêutico. Ressalta-se que o tipo de processo musicoterapêutico varia de paciente, de terapeuta, que o processo é longo, que o sucesso depende, além do paciente e terapeuta, também da família.

O capítulo 4 mostra como 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.

O capítulo 5 discute a paralisia cerebral, suas definições, causas e tipos. Por ser uma disfunção neuromotora, os pacientes portadores dessa patologia normalmente tem a linguagem falada comprometida assim como a coordenação motora.

O capítulo 6 mostra porque a musicoterapia é considerada elemento chave para melhorar a qualidade de vida de pacientes com paralisia cerebral. Aborda como a comunicação não verbal expressa pela música e o som favorecem a organização mental e o desenvolvimento cerebral dessas pessoas, criando condições para que aos poucos possam adquirir a comunicação verbal e coordenação motora.

O capítulo 7 discorre sobre o estudo de caso. Inicialmente é apresentado o paciente, FDS, de 17 anos, filho adotivo, portador de paralisia cerebral,

deficiência visual e sem locomoção motora. Depois é apresentado todo o seu histórico, desde o nascimento até os dias de hoje. A seguir é apresentada a metodologia musicoterapêutica adotada, com foco na comunicação não verbal, baseada em sons instrumentais e músicas. As músicas utilizadas foram as canções populares, a aplicação do canto e recriação de músicas especialmente para o FDS.

O capítulo 8 explana o tratamento musicoterapêutico aplicado ao FDS pelas estagiárias da Escola Clínica de Musicoterapia da FMU, inclusive por esta signatária. Apresenta o período de tratamento, a quantidade de sessões realizadas e um detalhamento de cada uma das quatro fases do processo musicoterapêutico que foi aplicado ao paciente.

O 8º e último capítulo faz as considerações finais, apresenta as dificuldades encontradas ao longo de todo processo terapêutico e as melhoras que o tratamento proporcionou ao FDS. Destacam-se nesse sentido a evolução obtida na comunicação verbal do paciente, a sua melhoria na coordenação motora e uma melhoria geral na qualidade de vida, mostrando-se mais alegre e disposto.

## **2 – História e Definições**

A música desde a antiguidade até em nossos dias é reconhecida como meio terapêutico para combater enfermidades. Existem diversas evidências nos povos egípcios, em vários grandes filósofos entre eles Pitágoras, Platão, Aristóteles, nos exércitos antigos (escoceses, ingleses e franceses), nos pajés e nos curandeiros dos povos indígenas, apenas para ficar nesses exemplos, onde a música sempre esteve presente para curar as doenças. (Von Baranow 1999, p.1-2).

Durante a Primeira Guerra Mundial, segundo Von Baranow (1999, p.2):

“os hospitais dos Estados Unidos da América contrataram músicos profissionais como “ajuda musical”, após comprovar o efeito relaxante e sedativo nos doentes de guerra produzido pela audição musical. Apesar de todos esses fatos, somente perto da segunda metade do século XX, durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), devido à grande quantidade de soldados feridos e inúmeros de traumas jamais vistos, houve um início efetivo da utilização científica da música, dando origem à Musicoterapia. Começou a se formar um esquema mais organizado na utilização da música na reabilitação e recuperação dos soldados feridos, o que acabou gerando equipes para o estudo dos efeitos terapêuticos da música, de como e porque eles foram alcançados”.

Em 1944 em Michigan nos Estados Unidos foi elaborado o primeiro plano de estudos, e em 1950 também neste país foi fundada a Associação Nacional para Terapia Musical. (Von Baranow, 1999 p.2).

Na América Latina, teve seu início em 1968 na Argentina com a primeira Jornada Latino-Americana de Musicoterapia. No Brasil, em 1971, os cursos de musicoterapia foram fundados no Paraná e Rio de Janeiro e em 1980 a Universidade Federal do Rio de Janeiro deu início à Prática Clínica da Musicoterapia. (Von Baranow, 1999 p.2). Atualmente existem no Brasil 5 escolas de nível superior que oferecem o curso de musicoterapia.

Os principais autores que contribuíram para a origem da musicoterapia foram: Rolando Benenzon (psicanalítico), Mary Priestley (analítica), Helen Bonny (humanista/existencial) e Nordoff-Robbins (musicoterapia criativa). Entre os mais recentes temos o Diego Schapira na década de 90, com a abordagem plurimodal. (Shapira, 2007, p. 29).

Diversas são as definições de musicoterapia, e apresentaremos aqui apenas algumas que cobrem todo o espectro do tema.

Kenneth Bruscia (2000, p.275) um dos mais importantes musicoterapeutas, que também é autor em 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 (1984b).”

Ainda para Bruscia (2000, p 22), a

“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.”

Outra definição interessante é dada por Benenzon, que faz uma relação da musicoterapia com a medicina, onde afirma:

“musicoterapia é o 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.” (Benenzon, 1985, apud Von Baranow, 1999, p.6).

Já a Federação Mundial de Musicoterapia define a musicoterapia como

“a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ela/ele possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, em consequência, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.” (Von Baranow, 1999, p.5)

Vimos até aqui a história da musicoterapia, sua origem, seus autores e sua definição, para possibilitar uma visão geral do assunto no qual será relatado adiante.

### **3 - O Desenvolvimento do Processo Musicoterapêutico**

O processo musicoterapêutico é composto por diversos objetivos evolutivos, estabelecidos na fase diagnóstica com o sentido de ajudar o cliente a alcançar estágios apropriados de desenvolvimento.

De acordo com Bruscia (2000, p 36) o processo tem sido descrito de diferentes maneiras, dependendo de como é aplicada, do tipo de cliente, da natureza do problema a ser trabalhado e da orientação teórica do terapeuta. Muitos adjetivos têm sido utilizados para descrever o tipo de processo envolvido na musicoterapia.

Também segundo Bruscia (2000, p 36) os processos podem ser desenvolvimentista, quando a seqüência de mudanças ou de intervenções é confrontada com os estágios do crescimento, maturação ou do próprio desenvolvimento do paciente. Podem ser educacional, quando o paciente é submetido a processo de aprendizagem gradual, de acordo com seus níveis de dificuldade, iniciando pelos estágios mais simples e progredindo para os mais complexos. Tem também o processo interpessoal, onde são estabelecidos rapport, confiança, e a seqüência de atividades é baseada na evolução dos estágios de relacionamento do paciente com as pessoas.

Os processos podem ainda ser classificados como artístico, criativo e científico. No processo artístico, o paciente é o “artista”, se envolve no aprendizado musical, quer tocando um instrumento, cantando, improvisando ou mesmo escrevendo uma composição. Dentro desse contexto, tem a musicoterapia ativa e a receptiva. A ativa, tanto o paciente como o musicoterapeuta tocam os instrumentos, se movimentam pelo espaço, de uma forma improvisada e criativa. Neste caso é o paciente que assume o papel ativo, está fazendo e criando, com a intervenção do musicoterapeuta, sua própria música. Já no caso da musicoterapia receptiva, o paciente escuta a música que o musicoterapeuta toca ou coloca no aparelho de som e o paciente é estimulado a tomar alguma atitude, alterando seu comportamento.

O processo criativo por sua vez se baseia, como o próprio nome diz, na criatividade, na busca de formas alternativas para lidar com os problemas, com os velhos conflitos e aberta a novos desafios. Já o processo científico é mais metódico, baseia-se como se fosse um experimento, fundamenta-se nas observações, evidências para fazer as interpretações e inferências.

Evidentemente nenhum desses processos reina absoluto, com exclusividade. Dependendo do terapeuta ou do paciente, o processo terá uma ênfase maior ou menor numa dessas classificações.

Porém, independentemente do tipo de processo musicoterapêutico a ser aplicado, o fato é que o sucesso terapêutico depende também e muito de todos os envolvidos, paciente, família e terapeuta.

Os impactos no paciente variam de acordo com as faixas etárias e seus correspondentes níveis de capacidade cognitiva, habilidades motoras, motivação, maturidade emocional etc. São tantos os fatores impactantes que podemos dizer que as mudanças variam também de caso a caso; em algumas situações a evolução é mais rápida, em outras nem tanto. O fato é que, para o paciente, além da sua melhoria terapêutica, ao longo do processo musicoterapêutico passa a se conhecer internamente melhor, e isso é um passo importante na sua evolução.

Já a família ajuda o paciente a enfrentar os problemas do cotidiano aumentando o seu autoconhecimento. Nesse sentido, o suporte familiar é imprescindível nesse processo dado que o paciente passa a maior parte do tempo no convívio familiar e é da família que deve vir o maior estímulo para que tenha persistência necessária para superar todos os obstáculos e estágios previstos.

Para o terapeuta a evolução positiva do processo musicoterapêutico é um estímulo para continuar no árduo e longo trabalho de atingir a sua meta final que é dar alta ao paciente, sem criar dependências. Nesse aspecto, a função do musicoterapeuta é desenvolver a capacidade de autonomia do paciente para que “ande com as suas próprias pernas”, pois a musicoterapia não faz parte para sempre da vida do paciente.



É importante ressaltar que no processo musicoterapêutico as mudanças no paciente não ocorrem de uma hora para outra, muitas vezes leva um tempo considerável para que ocorra isso, pois o processo precisa ser construído de forma consistente; cada estágio só avança para o próximo mais desenvolvido com uma segurança mínima de que não vai haver retrocesso. Em todo esse processo, é preciso ficar atento para não criar uma dependência do paciente em relação ao musicoterapeuta.

As evoluções que ocorrem no processo musicoterapêutico podem ser fisiológicas, psicofisiológicas, sensório-motoras, na percepção, na cognição, no comportamento, nas emoções, na comunicação, entre outras.

Isto ocorre de acordo com Bruscia (2000, p 161), pois

“a música envolve e afeta muitas facetas do ser humano em função da grande diversidade, de suas aplicações clínicas. Assim, a musicoterapia pode ser utilizada para se obter um grande espectro de mudanças terapêuticas”.

Podemos assim concluir que o tipo processo musicoterapêutico varia de paciente, de terapeuta, que o processo é longo, que o sucesso depende além do paciente e terapeuta também da família.

#### **4 - A Comunicação Verbal e Não Verbal no Processo Musicoterapêutico**

A comunicação verbal para nós seres humanos inicia logo após o nosso nascimento, e vai evoluindo com o passar do tempo, com desenvolvimento das crianças que tem o seu tempo de iniciar e concluir cada estágio.

Segundo Domingos (apud Nascimento 2009, p 115):

“A criança começa a adquirir a percepção auditiva com a voz materna e paterna, depois vem a fase do balbucio, onde a criança produz sons testando seu aparelho vocal, em seguida começa a falar as primeiras palavras, para que assim, se inicie aos poucos a elaboração de frases.”

É assim que se dá a evolução da comunicação verbal. Thomas (2003, p 7), caracteriza cronologicamente essa evolução da seguinte forma. Ainda no útero, uma criança começa a reconhecer vozes que ouviu. No primeiro ano, começa a entender palavras familiares. No segundo ano começa a aprender palavras por repetição. A partir do terceiro ano forma suas palavras e começa a elaborar frases.

Ainda segundo Thomas (2003, p7),

“não se sabe ao certo quando a memória começa, mas os bebês reconhecem as vozes que ouvem quando ainda estão no ventre da mãe e reconhecem trechos de músicas tocadas repetidamente antes de nascerem. Nos primeiros meses reconhecem as pessoas que ficam mais tempo com eles e seu ambiente. A partir de um ano desenvolvem habilidades de linguagem, embora a maior parte desse aprendizado seja por repetição, crianças pequenas aprendem logo a inventar as próprias palavras ou mudar as que já existem. Por exemplo, podem dizer “gastado” em vez de “gasto” aprendendo uma regra memorizada subconscientemente.”

Esse processo acumulativo de informações, sons e palavras na memória leva ao desenvolvimento da linguagem falada. As crianças aprendem imitando e praticando, armazenando palavras na memória antes de começar a usá-las na comunicação verbal.

Portanto a comunicação verbal é formada basicamente pela linguagem falada, a comunicação não-verbal é constituída de gestos e sons.

Os sons, como vistos nas mencionadas citações de Domingos e Thomas, são percebidos desde a vida intra-uterina, os batimentos cardíacos da mãe, o barulho de água (líquido amniótico), os ruídos viscerais e as vozes (principalmente da mãe) vão, desde essa época, formando a Identidade Sonoro Musical do indivíduo, a qual chamamos ISO. (Von Baranow 1999, p 25-26)

Segundo Benenzon (1985, p.43) ISO:

“quer dizer igual, e resume a noção 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.

Os sons podem estar organizados numa música ou não. De acordo com Bruscia (2000, p 71)

”a música não é apenas um som não-verbal, ela pode incluir palavras, movimentos e imagens visuais. Portanto, a música não comunica apenas algo que é exclusivamente musical, ela pode enriquecer e ampliar outras formas de comunicação verbal e não-verbal”.

O Dicionário da Língua Portuguesa do Aurélio conceitua música como a arte de combinar os sons. Nos livros de Teoria da Música, música é definida como a arte do som e tem quatro propriedades: duração, intensidade, altura e timbre. Costa (1989, p.61) afirma que “música é a organização de relações entre sonoridades, simultâneas ou não, no decorrer do tempo. Sons e silêncios são combinados e desencadeados entre si, formando ritmos, melodias e harmonias.” Afirma ainda que música implica em selecionar e combinar sons e seus parâmetros (alturas, intensidades, durações e timbres), que vão formar unidade mais complexas (ritmos, melodias e harmonias), cuja fusão e desenvolvimento vão constituir uma determinada peça musical.

Porém, de acordo com Von Baranow (1999, p), o

“conceito de música em Musicoterapia é diferente do conceito formal ou do popularmente conhecido de música, que privilegia a estética, o som agradável para si, cada um dentro de seus próprios parâmetros.”

A música, em Musicoterapia, é decomposta para ser utilizada em sessão e apenas um ou alguns de seus elementos (ritmo, melodia, som e harmonia) ou características são enfocados e aproveitados das mais diversas formas. (Von Baranow 1999, p.13).

Além disso, a música pode ser utilizada como elemento terapêutico em diversas aplicações da Musicoterapia. De acordo com Von Baranow (1999, p.35):

“a música pode ser usada nas etapas de diagnóstico, composto de testes e entrevistas, com o objetivo de se detectar a identidade sonora do indivíduo. Pode ainda ser usada para tocar os instrumentos, para trabalhar a coordenação e movimentos, ou apenas escutar, para desenvolver a atenção.”

Porém, inegavelmente e como já visto anteriormente, a música pode ser usada no processo musicoterápico para o desenvolvimento da comunicação verbal, pois ao cantarmos, estamos exercitando os sons que estão empregados na articulação das palavras, onde são aprendidos e praticados de imediato, fazendo com que a pessoa arquive em sua memória estabelecida através da associação livre. De acordo com Millecco e col. (2001, p 62):

“a associação livre é quando o terapeuta canta, ou executa, ou assobia as músicas trazidas pelo cliente, solicitando-lhe que, de olhos fechados, sonhe acordado ou deixe fluírem livremente, imagens, idéias e emoções”.

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 preservados 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 conseqüências 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.

Porém, a percepção positiva ou negativa da música que está fixada na mente varia de intensidade e de pessoa para pessoa. Independentemente da dessa percepção, o fato é que a música possibilita o desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal.

De acordo com Muggiati (1973, apud Millecco e col. 2001, p 102):

“Existe uma inter-relação entre palavra e música durante o próprio ato sonoro, ou seja, no momento exato em que se ouve a música. Ainda que o ouvinte não consiga ou não queira captar as palavras numa primeira audição, o seu inconsciente raramente deixa de registrar a mensagem do compositor. No plano da percepção, tudo se passa como se duas funções estivessem perfeitamente dissociadas: a matéria verbal se encaminha diretamente para o lóbulo temporal esquerdo, enquanto

o som e a música se dirigem para o lóbulo temporal direito. Existe, portanto no cérebro humano uma área específica para a apreciação dos sons e outra para a percepção e análise da palavra.”

Como já mencionado anteriormente, desde do início de nossa vida escutamos e cantamos uma quantidade enorme de sons, palavras e músicas, que vão se acumulando na nossa memória como se fosse um arquivo de computador, um microcomputador ambulante em nossa caixa craniana. É esse arquivo que precisa ser trabalhado de forma positiva, científica, com a metodologia consagrada da disciplina musicoterapia, para pode produzir reações físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas requeridas no tratamento musicoterapêutico.

Isso posto, podemos concluir que tanto 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.

## **5 – A Paralisia Cerebral**

Com o objetivo de inserir a paralisia cerebral no contexto da musicoterapia, vamos inicialmente abordar essa importante patologia.

A Paralisia Cerebral é, segundo Lelis (apud Fonseca e Lima 2008, p 53):

“Um evento clínico de etiologia complexa, por vezes múltipla, e também podemos dizer que é uma encefalopatia crônica não-progressiva ou ainda uma disfunção neuromotora. Ela tem origem no período pré-natal ou perinatal ou pós-natal. As suas lesões normalmente ocorrem em um encéfalo em desenvolvimento com até os 3 anos de idade, ocasionando distúrbios de motricidade, tônus e postura, podendo ou não ter comprometimento cognitivo.”

Já Schwartzman (apud Fonseca e Lima 2008, p.109) definem a paralisia cerebral como uma condição fixa, apesar de que certas características podem ser modificadas em função dos fatores biológicos, pois estão diretamente

relacionados a processos de maturação do SNC-Sistema Nervos Central, de fatores ambientais e circunstanciais.

As causas da Paralisia Cerebral segundo Leinig (2009, p 205)

“podem ser inflamatórias ou infecciosas, vasculares, enzimáticas, metabólicas, traumáticas, hormonais, genéticas, degenerativas, específicas de grupo sanguíneo, de privação, e as sociais que devem ser mencionadas como importantes”.

De acordo com Amorim (Fonseca e Lima 2008, p 21) o diagnóstico de paralisia cerebral é clínico–neurológico e definido pelas alterações observadas no cérebro, que correspondem à classificação de paralisia cerebral, em função do tipo e localização da alteração motora, tais como:

*Paralisia Cerebral Espástica:* trata-se de uma lesão na área ou giro pré–central (motora) e trato piramidal que se caracteriza pela perda do controle voluntário dos músculos, dificuldade para coordenar extensão e flexão, tremores, instabilidade e movimentos tensos e irregulares.

*Paralisia Cerebral Atetóide:* trata-se de uma lesão na área do sistema extrapiramidal (núcleos da base), que se caracteriza por movimentos involuntários lentos, rítmicos e contorcidos do membro paralisado, mais nas mãos e braços, músculo da garganta e diafragma afetados, fala forçada, rouca e ininteligível e pode haver dificuldade em controlar a saliva.

*Paralisia Cerebral Atáxica:* trata-se de uma lesão na área do cerebelo ou trato cerebelar, que se caracteriza pela perturbação no equilíbrio, que se reflete na postura e andar, movimentos desajeitados, fala arrastada, a pessoa cambaleia que parecendo estar com tontura.

*Paralisia Cerebral Hipotônica:* trata-se de uma lesão primária muscular ou do neurônio motor inferior, que se caracteriza pela hipotonia, doença progressiva (leucodistrofia), a pessoa apresenta um atraso significativo no seu desenvolvimento, não fica de pé ou não pode deambular.

*Paralisia Cerebral Mista:* caracteriza-se pela junção das paralisias cerebrais acima citadas, sem predomínio evidente de uma delas.

Segundo Minear (1956) (apud Fonseca e Lima 2008, p.47)

“conforme o número de membros afetados a paralisia cerebral é classificada em hemiplegia (comprometimento de um lado do corpo), diplegia (comprometimento de dois membros) e quadriplegia (comprometimento nos quatro membros), e devido ao seu grau de comprometimento, ela pode ser leve, moderada, grave e muito grave”.

## **6 – A Musicoterapia para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral**

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 paralisia cerebral, objeto deste estudo. De acordo com Domingos (apud Nascimento 2009, p 115):

“As dificuldades de comunicação na criança ou jovem com paralisia cerebral (PC) são o déficit mais significativo no seu processo de desenvolvimento. Não só a exclui da maioria dos envolvimento da nossa sociedade, como limita ou, por vezes, impede o desenvolvimento equilibrado a nível social, afetivo, emocional e mesmo cognitivo.”

Dada a dificuldade da construção da linguagem falada em indivíduos com paralisia cerebral, a comunicação não verbal expressa pela música e o som favorecem a organização mental e o desenvolvimento cerebral dessas pessoas, criando condições que aos poucos possam adquirir a comunicação verbal.

Mais, a comunicação não verbal é perfeitamente adequada a este tipo de paciente, pois a mesma trabalha o inconsciente e a mente o tempo todo, exercita as expressões faciais, gestos corporais, olhares e também muito intensamente o diálogo musical.

Von Baranow (1999, p.32) afirma também que,

“... um dos principais aspectos facilitadores e base de sustentação da musicoterapia é a possibilidade do trabalho não verbal, da comunicação através de outras formas que não seja a linguagem falada. Essa modalidade terapêutica permite estabelecer canais



de comunicação mesmo quando a fala não tem significado lógico para os ouvintes: portadores de paralisia cerebral, autistas, catatônicos, deficientes mentais profundos, estados de coma etc.”

É por isso que a musicoterapia é considerada elemento chave para abrir canais de comunicação para esse tipo de paciente, tanto assim que é utilizada como primeiro passo de aproximação com o mesmo. (Leinig 2009, p.422).

Essa abertura ocorre através do contexto não verbal, o qual Benenzon (1998, apud Levinig 2009, p.422) conceitua como

“interação dinâmica de infinitos elementos que configuram códigos, linguagens ou mensagens”, nos quais vamos poder identificar o “sonoro, o musical, o corporal, o gestual, a mímica, os movimentos, o proximal, o distal, o axial, o espacial, o vibracional, o gravitacional, o odor, a cor, a temperatura e outros tantos mais que irão sendo descobertos em futuras investigações”.

Para que ocorra a comunicação não verbal no processo musicoterapêutico através da música, do som, dos movimentos corporais e da interação paciente-terapeuta de acordo com Ruud (1991, p.167) é preciso estabelecer, manter e desenvolver a comunicação através de parâmetros musicais. Sendo assim, há uma tendência de considerar a relação música-emoção como concreta e direta, pois a música é vista como uma representação não verbal da emoção ou da estrutura de uma emoção. Nesse sentido temos a possibilidade de nos ocupar de uma espécie de atividade comunicativa onde a música atua como um veículo de comunicação direta com uma pessoa no nível emocional ou, geralmente implícito, no nível natural.

De acordo com Von Baranow (1999, p.31)

“a comunicação não verbal busca a livre expressão e a espontaneidade, gerando prazer na comunicação, ajudando o ser humano a tornar-se mais natural, seguro e flexível.”

Segundo Nascimento (2009, p 77)

“a musicoterapia estabelece e amplia canais de comunicação, agregando na ação terapêutica, movimentos compensatórios para a reabilitação do paciente com paralisia cerebral”.

Já Von Baranow (1999, p.10) afirma que

“para os portadores de paralisia cerebral a musicoterapia pode produzir efeitos positivos nos níveis físico, mental, emocional e também no social, atuando como facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações que levem a um aprendizado, uma mobilização e uma organização interna que permitam ao individuo evoluir em sua busca, seja ela qual for.”

Nascimento (2009, p 76) afirma que,

“para estimular o desenvolvimento espontâneo da linguagem falada e da reabilitação social de pacientes com paralisia cerebral devem ser reforçadas as formas lúdicas e prazerosas, que estão presentes nas palavras cantadas, na sua repetição sistemática, rodas e brincadeiras infantis.”

Assim, o processo musicoterapêutico resulta no desenvolvimento da comunicação verbal espontânea, que por sua vez leva a melhoria da socialização e da auto-estima, permitindo ao paciente com paralisia cerebral se organizar melhor e ter mais qualidade de vida.

Segundo Pomeory (1964) (apud Fonseca e Lima 2008, p.571),

“a música para o portador de paralisia cerebral, é um meio valioso que permite exteriorizar-se de modo criativo, ainda que sua deficiência possa ser tal que a impeça de tomar parte ativa na produção musical. A música permite que o portador de paralisia cerebral encontre novos caminhos, motivando a entrar em contato com o seu potencial criativo, tornando-se ativo em sua produção musical.”

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 dela.”

Do ponto de vista da paralisia cerebral, o poder da música possibilita ao portador dessa deficiência lidar com suas emoções, seus sentimentos, levando a se expressar de sua maneira, até conseguir chegar ao seu objetivo final que é a mudança de seu comportamento.

A proposta da musicoterapia de frente ao indivíduo com diagnóstico de paralisia cerebral é desenvolver um processo terapêutico, através da música, que leve o indivíduo à melhora da sua comunicação verbal, melhorando a sua qualidade de vida.

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.

Por isso que antes de atender qualquer paciente e mais especificamente os portadores de paralisia cerebral 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 paralisia cerebral 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.

A Musicoterapia utiliza diversos tipos de música, que pode agrupar elementos totalmente diferentes (música tradicional, erudita, popular ou experimental). Entre as formas de expressão da música, temos o canto, que tem diversas vantagens de aplicação.

De acordo com Leinig (2009, p 494):

“O canto é uma atividade que pode e deve ser entrosada com a foniatria. Através dele, os sons empregados na articulação das palavras serão aprendidos e praticados de imediato, uma vez que os pacientes são envolvidos pela música. Outra vantagem do uso do canto é a de provocar uma melhora na respiração, no controle vocal, tornando a fonação mais fluída e possibilitando maior sustentação do som. Ao cantar, o paciente se expressa e ao mesmo tempo pode manter seus membros imóveis, os braços relaxados e caídos ao longo do corpo. Essa sensação de relaxamento deve coincidir com o momento de expressão, que é tão pouco comum para esse tipo de paciente”.

O canto que é trabalhado com o paciente que tem o diagnóstico de paralisia cerebral vai de canções cuja estrutura melódica é bem simples, com andamento lento, o que ajudará na relaxação dos músculos faciais, palatais e laríngeos, as canções mescladas com sons onomatopaicos, jingles (canções de propaganda) e as canções figurativas, que também são indicados numa fase já mais adiantada, pois demandam movimentos plásticos e expressivos.

A canção é uma pequena composição musical de caráter popular, sentimental ou satírico, dividida em coplas e destinada a ser cantada. Já Sadie (1994, p. 160), define a canção como

“uma peça musical habitualmente curta e independente, para voz ou vozes, acompanhada ou sem acompanhamento, sacra ou secular.”

Nos próximos capítulos serão apresentadas o estudo de caso de um paciente com paralisia cerebral, a metodologia aplicada, o plano de atendimento, as técnicas e as abordagens praticadas durante as sessões, as canções utilizadas e os resultados obtidos.

## **7 – O Estudo de Caso**

A seguir no estudo de caso real, é apresentado o paciente, seu histórico e a metodologia utilizada pelas estagiárias para o tratamento musicoterapêutico.

### **7.1 – O Paciente**

As informações a seguir foram passadas pela mãe adotiva do paciente, durante a anamnese.

O paciente chama-se FDS, nasceu em São Paulo em 07/11/1992, é filho adotivo, tem paralisia cerebral diagnosticada e portador de deficiência visual.

FDS nasceu prematuro com 8 meses, com problemas respiratórios, estrabismo acentuado, estava desfalecido, tendo ficado mais de 2 meses no hospital para recuperação de sua saúde. Desde que nasceu, chorava 24 horas por dia, não tinha nenhum diagnóstico comprovado de paralisia cerebral e ficava a maior parte do dia com os olhos fechados, abrindo os olhos somente no escuro por conta de seu estrabismo acentuado. Somente aos 4 meses de idade começou a abrir os olhos no claro.

A mãe biológica trabalhava como empregada doméstica e já tinha uma filha quando engravidou do FDS. Ela não tinha condições financeiras para criar o filho, o pai biológico havia sumido e a avó biológica não queria criar mais um neto. Assim, com a intenção de abortar, durante a gestação, a mãe biológica ingeriu a medicação Citotex.

Durante os 2 meses que o FDS permaneceu no hospital a mãe biológica passava diariamente no hospital para tirar o leite. Contudo, já tinha decidido doar o filho, pelas mesmas razões pelos quais tinha tentado abortar.

O processo de adoção foi feito durante o período de 2 meses que FDS estava hospitalizado em recuperação e assim que saiu do hospital, os pais adotivos o levaram. Os pais adotivos tinham mais uma filha. Foi um começo muito difícil

para os pais adotivos, a mãe entrou em depressão e o pai ficou doente. Nesse momento a família teve um grande suporte da filha, que ajudava a mãe a cuidar do FDS, brincava e dançava com ele. Até os 3 anos de idade, FDS tinha momentos que conversava com a irmã. Até que a irmã resolveu casar e sair de casa. A partir desse momento, o FDS ficou muito triste e parou de falar.

Desde os primeiros momentos, a mãe adotiva dava grande dedicação ao FDS, levando-o para os médicos e terapias e o pai sempre que podia tirava alguns minutos do dia para ficar com ele, muito embora nunca o tenha levado para a musicoterapia com a mãe.

O FDS começou a fazer terapia ocupacional com 6 meses de idade, no posto de saúde perto de sua casa. Com 1 ano de idade começou fazer ecoterapia numa clinica particular que tinha o nome de Atlântica.

Somente aos 2 anos, ao ser levado ao hospital AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), foi diagnosticado, pelo o médico fisiatra, que FDS era Portador de Paralisia Cerebral Diparesia Espástica. O diagnosticou apontou o uso da medicação Citotex durante a gestação da mãe biológica como a causa da Paralisia Cerebral.

Após o diagnóstico de paralisia cerebral, o FDS começou a freqüentar fisioterapia e hidroterapia no hospital AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente). Fez terapias durante 2 anos e meio, não podendo continuar depois desse período, por normas da instituição. Entretanto, ele teve baixo aproveitamento destas terapias, pois mais faltava do que freqüentava, em função de, a todo o momento, ser internado por conta de sua bronquite asmática.

Aos 5 anos o FDS passou por uma cirurgia do quadril, alongamento do joelho, do pé e da virilha, pois seu quadril era fechado, os joelhos dobrados, as mãos fechadas e tinha reflexos desde que nasceu. Essa cirurgia ocorreu no hospital AACD.

A partir dos 5 anos, começou apresentar sinais de convulsão uma vez por ano. Para controlar a convulsão foi medicado com o medicamento Fenobarbital, usado durante toda sua infância, só sendo suspenso quando chegou à adolescência.

Até os 10 anos de idade o FDS andava num carrinho denominado pela mãe de “maquilai”, não confortável, pois os pais adotivos não tinham condições financeiras para adquirir uma cadeira de roda melhor adaptada. Após essa idade, a família melhorou as condições financeiras, o que possibilitou adquirir uma cadeira de roda adaptada especialmente para o filho.

Aos 10 anos o FDS voltou freqüentar fisioterapia e hidroterapia, mas em outro lugar, desta vez na FMU (Faculdade Metropolitanas Unidas), onde ficou durante 2 anos e meio.

Aos 13 anos teve seus primeiros sinais de masturbação e começou a tomar medicamentos para o controle da pressão (Inalapril), para o relaxamento muscular (Baclofeno) e um tranquilizante. Durante esta fase não faz nenhuma terapia, só com 15 anos voltou a fazer terapia, mas desta vez foi para a musicoterapia, onde a mãe adotiva trouxe todos seus exames como a eletroencefalografia, a tomografia computadorizada de crânio e o diagnóstico de paralisia cerebral atestado pelo médico.

Hoje, com 17 anos de idade, FDS é cadeirante, usa óculos e desde os 3 anos de idade usa prótese em suas pernas para não atrofiar. A sua mão direita, usada para pegar e segurar os objetos, está atrofiada.

## **7.2 – A Metodologia Musicoterapêutica Aplicada**

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

Conforme a seguir será visto, não foi utilizada uma metodologia exclusiva e nem adotado um processo musicoterapêutico único. Muito pelo contrário, foram utilizadas diversas abordagens específicas para o FDS, paciente em análise com paralisia cerebral. Nesse sentido, pode-se dizer que a metodologia adotada abrangeu diversas teorias.

Pode-se entretanto afirmar que o método utilizado para a terapia do paciente deste estudo de caso teve como foco a comunicação não verbal, baseado em sons instrumentais e músicas. As músicas utilizadas foram as canções populares, inseridas dentro de um contexto mais amplo da música, como recurso terapêutico para o paciente com paralisia cerebral.

As canções foram trabalhadas na forma de canto e também foram utilizadas as experiências re-criativas, que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical. Foram também utilizadas as experiências receptivas, 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 sequência de mudanças e de intervenções foi confrontada com os estágios do crescimento, amadurecimento e desenvolvimento do paciente. Foi também utilizado o processo interpessoal, para se estabelecer o rapport, a confiança, e a sequência de atividades foi baseada em parte na evolução dos estágios de relacionamento do FDS com os estagiários musicoterapeutas. Por fim, foi também utilizado o processo educacional, onde o FDS 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.

Também, para uma análise mais aprofundada da evolução do FDS durante o processo musicoterapêutico foi utilizada a abordagem plurimodal do Diego Schapira, pois neste estudo de caso trabalhamos com improvisações musicais, foi feito um trabalho de canções com a utilização das técnicas de estimulação de imagem e sensação através do som e uso seletivo da música editada.



Neste contexto, foram utilizadas às técnicas de empatia (imitar), as técnicas referenciais (associação livre), as técnicas de estruturação (base rítmica), as técnicas de intimidade (dar de presente) que são descritas por Bruscia nas sessenta e quatro técnicas improvisacionais.

Do ponto de vista de sequência 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 FDS passou por entrevista inicial. A anamnese foi feita pelos estagiários do curso de musicoterapia Hugo B. Paula, Maysa Zichel e a signatária desse texto.

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, pois como mencionado, não se podia, em hipótese alguma, para não colocar em risco o sucesso da terapia, criar uma dependência do FDS em relação ao musicoterapeuta.

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 FDS. 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 musicoterapêutico foi a definição 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 do FDS.

## **8 – O Tratamento Musicoterapêutico**

O tratamento musicoterapêutico com o paciente FDS teve início em primeiro de abril de 2008, com previsão de término para final de junho de 2010, dentro da norma da Clínica Escola de Musicoterapia da FMU, de dar ao paciente o direito a dois anos e meio de tratamento.

As sessões se desenvolveram na Clínica Escola de Musicoterapia da FMU, no Campus Ibirapuera, sito à Avenida Santo Amaro, nº. 1.239, Vila Nova Conceição, São Paulo, com atendimentos individuais, acontecendo semanalmente com duração de 50 minutos.

Até o presente momento, o tempo de tratamento musicoterapêutico durou 2 anos e 3 meses. Durante esse período foram realizadas 74 sessões.

As primeiras 48 sessões do atendimento ao FDS foram feitas por três estagiários, sendo que as primeiras 10 sessões foram realizadas pelos estagiários: Hugo Paula, Maysa Zichel e por essa signatária. A partir da 11ª sessão, o estagiário Hugo Paula teve que sair por motivos pessoais e foi substituído pela estagiária Michele Barros, que atuou durante as demais 38 sessões. Durante essas 48 sessões, cada estagiário atuava como terapeuta (estagiário I), o outro como co-terapeuta (estagiário II) e o terceiro como observador (estagiário III). A cada nova sessão, havia uma rotatividade, alternando os papéis dos estagiários.

Nas demais 36 sessões que completaram as 74, a estagiária Michele Barros saiu do estágio e as sessões foram realizadas pelos outros dois estagiários: Maysa Zichel e essa signatária. Os estagiários atuavam como terapeuta e outro como co-terapeuta, alternando também essas posições ao longo das sessões.

Vale mencionar que as estagiárias Maysa Zichel e essa signatária participaram de todas as 74 sessões. Esse total de sessões foi dividido em 4 fases, a seguir

detalhadas, onde é mostrada toda a evolução do processo musicoterápico aplicado ao paciente FDS com paralisia cerebral.

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

### **8.1 - Primeira Fase – Criação do Vínculo Terapeuta-Paciente**

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

Logo nas primeiras sessões ficaram evidentes as necessidades do FDS em relação à coordenação motora, ao pequeno tônus muscular, o frágil esquema corporal, o baixo desenvolvimento da comunicação verbal e modulação vocal. Na parte emocional, existia uma aparente desconfiança por já ter participado de tantos outros tratamentos, uma não aceitação da deficiência, uma baixa auto-estima e a conseqüente não integração social.

Ao longo das 10 sessões que compuseram essa primeira fase, procurou-se estabelecer o vínculo dos estagiários com o paciente, proporcionar alguma segurança para o FDS, dar equilíbrio e confiança em relação à equipe de atuação e ao próprio paciente.

Inicialmente foram utilizados vários os instrumentos musicais tais como o violão, sino, xilofone contra-alto, chocalho, conga, caxixi, teclado, pau-de-chuva, garrafa com pedras e água, triângulo, metalofone contra-alto e tant tan. Para reconhecimento e familiarização dos instrumentos, eles foram apresentados ao FDS um de cada vez.

O setting era os instrumentos no chão em forma de círculo, algumas sessões eram colocados um em cada canto da sala ou um perto do outro. Como o paciente ficava a sessão inteira em sua cadeira de roda, os estagiários

mostravam os instrumentos para que ele escolhesse livremente e pudesse explorá-los de sua maneira.

Os estagiários começaram a trabalhar com o pulso criando uma estrutura musical com o nome do paciente, foram feitas vocalizações somente com as vogais e utilizados músicas com letras fáceis.

Nesta fase o paciente falava apenas algumas palavras tais como “segura peão”, “ae garoto”, “Luis” e “Carlos” e quando ele falava estas palavras os estagiários o imitavam.

Foi percebido que a partir da sexta sessão que o paciente começou a responder aos estímulos da terapia, onde começou a fazer o mesmo pulso e a estrutura musical dos estagiários.

Na oitava sessão foi colocada a música (Trilhares) do CD Canções Curiosas da Palavra Cantada, mas o paciente começou a responder aos estímulos da música a partir da décima sessão, mostrando uma expressão facial de forma alegre e imitando algumas palavras da música como “estrela” e o “oi”.

Sendo assim, estabelecemos novos desafios a este paciente no sentido do avanço do trabalho, para criar condições de novas conquistas por parte do FDS.

Nessa primeira fase participaram das sessões os estagiários do curso de musicoterapia Hugo B. Paula, Maysa Zichel e a signatária desse texto.

## **8.2 - Segunda Fase – Desenvolvimento da Comunicação Verbal**

O objetivo desta segunda fase era aumentar o vocabulário de palavras do FDS através de canções prontas ou re-criadas pelas estagiárias.

Infelizmente, nesta fase um dos estagiários (Hugo B. de Paula) teve que sair por motivos pessoais, sendo substituído por outra estagiária (Michele Barros).

Ocorreu nesse momento um pequeno retrocesso, logo recuperado, pois teve que ser recriado o vínculo do FDS com a Michele, nova estagiária.

As sessões nesta fase, num total de 17, foram reestruturadas, com o objetivo de criar uma determinada rotina de trabalho, com início, meio e fim pré-determinados e pouco mutáveis ao longo das sessões. Entre outros procedimentos, todo começo da sessão era cantada a música Olá de boas vindas e encerrava com a música Tchau de despedida.

Nesta fase o setting foi mudado, os instrumentos foram colocados em uma mesa para que o FDS, por sua própria iniciativa alcançasse e pegasse sozinho, sem que os estagiários ficassem mostrando e colocando em suas mãos.

A nova formação do setting ficou assim: mesa, pandeiro, pau-de-chuva, garrafa com pedras e água, tan tan, xilofone pentatonico , teclado, chocalho, pandeiro e bolinha.

Com o novo setting, as estagiárias começaram a re-criar músicas com as próprias palavras do paciente, trazendo diversas canções infantis com o “Atirei o Pau no Gato”, “O Pato Pateta” e o “Sapo”. Foi dado bastante foco no canto das canções.

O paciente começou por iniciativa própria a falar palavras das músicas “Lá vem o Negão” e o “Calhambeque Bibi”, que sua mãe adotiva citou na anamnese. As estagiárias passaram a cantar essas músicas de forma adaptada, mais as músicas “Atirei o Pau no Gato” e o “Pato Pateta”. Quando cantavam estas músicas ele se expressava de forma alegre, girando sua cabeça, rindo em alguns momentos, prestava mais atenção, chegou a emitir palavras das músicas como “ato” (pato) e “ato miau” (gato miau) e ficava repetindo estas palavras constantemente para as estagiárias cantarem as músicas.

Neste momento, quando as estagiárias cantavam as musicas, o paciente começou a explorar alguns instrumentos colocados em sua mesa. Vale mencionar que a cadeira de roda do FDS tem uma mesa, onde eram colocados os instrumentos. Interessante observar que quando as estagiárias paravam de

cantar o FDS tocava o instrumento para pedir a musica. Então as estagiárias fizeram um jogo, quando o paciente explorava ou tocava o instrumento elas cantavam e quando ele parava de tocar elas também paravam de cantar.

Também foi observada uma maior participação e ansiedade do FDS, que se irritava quando solicitava uma música falando algumas palavras dessa música para as estagiárias e elas demoravam para cantar para ele.

Era nítido o domínio do vocabulário de algumas palavras do FDS, com as músicas que eram cantadas e já bastante conhecidas. Para ampliar esse vocabulário, surgiu a idéia de contar uma história criada pelas estagiárias com as palavras que o paciente falava durante as sessões. No primeiro momento foi contada como história, o paciente deu muitas risadas e aos poucos foi virando uma música que deram o nome “Lá vem o Pato”. Durante as sessões, quando ele queria a história, solicitava falando a palavra história e quando queria música pedia “Lá vem o Pato”.

Com isso, as estagiárias estimulavam o paciente também a cantar, elas falavam o começo da palavra da música e ele completava sozinho falando o restante da palavra. Teve um momento que ele começou a falar as palavras sozinho, sem que as estagiária falassem o começo da palavra e também ele começou a falar frases curtas como “Lá vem o FDS”.

Outras músicas também foram trabalhadas nesta fase, como o Hello Song e a partir de um certo momento, sempre que o FDS chegava com a perua na clinica escola da FMU e olhava para as estagiárias começava a falar sem parar as palavras que aprendeu durante as sessões como “ato” e “dona-chica-ca”.

Nesta fase foram reforçadas as formas lúdicas e prazerosas, das canções cantadas, daquelas recriadas ou mesmo das criadas baseadas no vocabulário do paciente. Nesse sentido, a repetição sistemática e programada, as rodas e brincadeiras tiveram uma grande contribuição para a evolução da comunicação verbal do FDS.

Na 25ª sessão, pela primeira vez ele falou seu nome completo, foi quando constatou-se nitidamente que ele estava aumentando seu vocabulário, e no final desta sessão, ele por iniciativa própria com a sua mão esquerda guiou a cadeira de roda até a porta, com o estímulo das estagiárias.

Depois disso ocorreram mais duas sessões, onde foi confirmado o avanço no aumento do vocabulário do FDS, atingindo assim os objetivos dessa segunda fase.

Nessa segunda fase participaram das sessões os estagiários do curso de musicoterapia Michele Barros, Maysa Zichel e a signatária desse texto.

### **8.3 - Terceira Fase – Desenvolvimento da Coordenação Motora**

Essa fase foi composta por 21 sessões. O objetivo principal dessa fase era trabalhar a coordenação motora do paciente, sem descuidar de continuar a melhorar a sua comunicação verbal.

Durante esta fase o local da terapia teve de mudar para outra sala, pois a sala em que o paciente era atendido passou a ser ocupada com aula. Em que pese o FDS estar acostumada com a sala antiga, causou um certo desconforto, mas a atuação das estagiárias foi rápida e não permitiu que isso se tornasse um problema para o paciente.

Nesta fase o FDS passou a dar os primeiros sinais de melhoria da coordenação motora, passando a baqueta de uma mão para a outra, mesmo levando em consideração que a sua mão direita é atrofiada. O paciente também desmontou todo um instrumento musical - xilofone pentatonico que foi colocado sobre sua mesa.

Na 41ª sessão, o paciente começou a responder os estímulos das estagiárias, e conseguiu de forma voluntária trabalhar por várias vezes, com a sua mão direita, que como mencionado, é atrofiada.

Foi também trabalhado nesta fase a postura e a cervical do paciente colocando o tambor infantil em sua mesa, para que o paciente pudesse ficar com a sua cabeça reta sem abaixá-la e ao mesmo tempo tentasse tocar o instrumento junto com as estagiárias.

Do ponto de vista da ampliação da comunicação verbal, foi dada sequência ao trabalho das canções e de re-criar as músicas. FDS tocou e explorou os instrumentos, com as estagiárias sempre reforçando os sons que eram emitidos pelo paciente. Elas imitavam o paciente, ou reproduziam o som que ele emitia nos instrumentos.

O paciente nesta fase trouxe a música Asa de Águia (Quebra Aê) para as estagiárias, que segundo a mãe adotiva, ele escutou na televisão e começou a falar as palavras da música. O FDS escutou a mãe adotiva falar com o “Joel”, uma pessoa que vem com ele na perua e começou a falar a palavra “Joel” e outras palavras como “cala a boca”, “mãe” e “água”.

As estagiárias começaram a ensinar o paciente a falar “fique quieto” ao em vez de “cala boca”, fazendo gestos, expressões faciais e sons de “s”, o paciente foi prestando atenção nas estagiárias e começou a imitar e a falar “fique quieto”

Nesta terceira fase foi criada de forma adaptada pelas estagiárias as músicas do Quebra Aê (Asa de Águia) e uma outra colocando palavras como o nome dos instrumentos, o nome da mãe adotiva e o nome do paciente, e dado a esta música o nome “O Felipe é Campeão”.

O FDS demonstrou evolução tanto na coordenação motora como na ampliação do vocabulário, através das canções e as músicas re-criadas. Também, o paciente foi conquistando uma maior autonomia, ficando com a musculatura mais relaxada, tanto para falar as palavras quanto para explorar os instrumentos.

Nessa terceira fase participaram das sessões os mesmos estagiários da fase anterior: Michele Barros, Maysa Zichel e a signatária desse texto.



#### **8.4 - Quarta e Última Fase – Consolidação dos Desenvolvimentos**

O objetivo desta fase foi de consolidar os avanços obtidos nas fases anteriores, de modo a criar um quadro irreversível de evolução tanto da coordenação motora quanto da comunicação verbal.

Nesta fase, foram realizadas até aqui 26 sessões, sendo que durante esse período uma estagiária de Michele Barros teve que sair, e o tratamento foi continuado com as outras estagiárias: Maysa Zichel e a signatária deste texto.

O paciente nesta fase começou a cantar algumas músicas inteira como o Asa de Águia (Quebra Aê), demonstrando uma evolução em relação as fases anteriores, onde ele só cantava e insistia com o refrão das músicas.

Quando as estagiárias colocavam músicas para o paciente ouvir, elas pegavam os braços e na mão do FDS e fazendo-o tocar juntos com elas os instrumentos. E ele fazia isso com muita satisfação e felicidade.

Também nessa fase, quando as estagiárias cantavam a música do Tchau o FDS automaticamente e sem ser solicitado devolvia os instrumentos nas mãos das estagiárias, assim elas não precisavam tirar os instrumentos da mão do paciente na hora de ir embora.

Sendo assim, quando a sessão estava para acabar, o paciente sozinho com sua mão esquerda empurrava a roda de sua cadeira, indo perto do som que se encontrava ao lado porta. Isto era um sinal do próprio paciente para que as estagiárias colocassem a música “Criança não Trabalha” do CD Canções Curiosas da Palavra Cantada. Quando o FDS escutava esta música, repetia algumas palavras da musica como bola, bicicleta, peão, balançava sua cabeça, contraia seus braços, tremia o corpo inteiro, dando muita risada.

Está é a situação do quadro clínico atual do FDS, após 74 sessões durante dois anos e três meses de tratamento na Clínica de Musicoterapia da FMU. O FDS apresentou uma grande evolução na parte da comunicação verbal, enriqueceu sobremaneira o seu vocabulário, pedindo as coisas na sessão, conforme ele ouve, seja música ou pessoas falando perto dele. Com relação

as conversas, ele presta atenção em quem está falando e depois repete algumas palavras.

Do ponto de vista de coordenação motora, o FDS melhorou a postura corporal, começou a criar sua própria autonomia, pegando qualquer objeto sozinho.

Depois de todo esse período de tratamento musicoterápico, em que pese a nítida evolução do paciente, não podemos afirmar que o paciente atingiu o grau de desenvolvimento de alta, pois ainda existe uma margem de melhoria na sua comunicação verbal e na coordenação motora.

Nessa quarta e última fase participaram das sessões apenas as 2 estagiárias do curso de musicoterapia Maysa Zichel e a signatária desse texto.

## **9 – Considerações Finais**

O processo musicoterapêutico foi aplicado pelas estagiárias da Escola Clínica de Musicoterapia da FMU, inclusive por esta signatária, durante 74 sessões de 50 minutos cada, ao longo de 2 anos e 3 meses, começados em 2008.

O paciente, FDS com diagnóstico de paralisia cerebral, conseguiu resgatar parcialmente a sua comunicação verbal, a modificar seu comportamento e a estruturar sua mente, alcançando uma melhor integração intrapessoal e interpessoal e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida. Quando o FDS chegou para realizar seu tratamento falava apenas algumas palavras, tinha a coordenação motora totalmente comprometida, parecia ser uma pessoa nervosa, não entendia as consignas dos estagiários e ao fazer suas Atividades de Vida Diária (AVDs) era muito lento. Tudo isso foi evoluindo e melhorando ao longo do tempo.

O procedimento musicoterapêutico adotado seguiu rigorosamente as teorias da Musicoterapia e contou com a valiosa supervisão do Professor Raul Brabo.

Em virtude da dificuldade da linguagem falada do paciente foi utilizada a estratégia de comunicação não verbal, baseado em sons instrumentais e música.

Um dos principais objetivos traçados para o paciente desde que ele iniciou o tratamento musicoterapêutico foi organizar sua mente. Para tanto foram utilizados instrumentos musicais adequados especificamente para as necessidades do paciente, trabalhando o pulso e a estrutura rítmica.

Para o desenvolvimento de sua comunicação verbal os estagiários utilizaram as canções populares, entoadas em canto. O canto proporcionou uma melhora na capacidade de comunicação do FDS, fazendo com que ele relaxasse sua musculatura, dando a oportunidade para expressar-se da maneira mais confortável possível, repetindo palavras, criando frases, até chegar ao seu objetivo final, que foi a melhoria da linguagem falada.

Nesse aspecto, cabe uma menção positiva ao trabalho dos estagiários, que criaram canções baseadas no pouco vocabulário do paciente e recriaram canções conhecidas, populares, utilizadas pela família, para que aos poucos ele pudesse ganhar confiança e resgatar a sua comunicação verbal.

Não podemos afirmar que o paciente atingiu o estágio de alta, com comunicação verbal adequada e coordenação motora restabelecida. Porém foram inegáveis os avanços obtidos com a musicoterapia. Constatar que o paciente teve resgatado parcialmente sua comunicação verbal constituiu um momento muito valioso e gratificante para os estagiários, fazendo com que as relações humanas se estabelecessem, favorecendo o aprendizado e a inserção social do paciente.

Vale ressaltar também que este estudo de caso permitiu também um aprofundamento importante do conhecimento da musicoterapia por parte dos estagiários, tanto no sentido teórico, que tivemos que buscar ao longo das sessões do processo terapêutico como também no sentido prático, ajudando a resolver um problema concreto de um paciente com sérias dificuldades de qualidade de vida. Nesse sentido, o estágio atingiu plenamente seus objetivos.

Em que pese as dificuldades encontradas ao longo do processo musicoterapêutico do FDS, desconfiança por parte do paciente e família em função da frustração com os insucessos de tratamentos anteriores, da troca de estagiários e mudança de local da terapia, ocorridos ao longo do processo musicoterapêutico, posso dizer que foi uma experiência com êxito gratificante, não só pelos benefícios de aprendizado proporcionados como também e mais importante, pelos resultados alcançados pelo FDS.

## Referências Bibliográficas

BENENZON, R. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

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

FONSECA, Luiz Fernando; LIMA, Cesar Luiz A. **Paralisia Cerebral-Neurologia, Ortopedia e Reabilitação**. 2ª Ed, Rio de Janeiro: MedBook, 2008.

LEINIG, C. E. **A Música e a Ciência se Encontram**. Curitiba: Juruá, 2009

MILLECO FILHO, Luís Antônio; MILLECO, Ronaldo P; BRANDÃO, Maria Regina E. **É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001

NASCIMENTO, M. (Coord). **Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.

RUUD, E. **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991.

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

SADIE, S. **Dicionário Grove de Música**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994.

SCHAPIRA, Diego; FERRARI, Karina; SÁNCHEZ, Viviana; HUGO, Mayra. **Musicoterapia. Abordaje Plurimodal**. Argentina: Adim, 2007

THOMAS, David. **Como melhorar a memória**. São Paulo: Publifolha 2003. Título original: Improving your memory. ISBN 85-7402-461-9.

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